2 2016
7,99 lei

abc Diabet

Sănătatea picioarelor și PODIATRIA

FUMATUL AR TREBUI EXCLUS

ÎNGRIJIREA DINȚILOR ȘI DIABETUL TIP 1

Surse vegetale de proteine și beneficiile lor

Chirurgia bariatrică tratează obezitatea!

Prof. Dr. CĂTĂLIN COPĂESCU

Importanța

FIZIOTERAPIEI

Himalaya™
WELLNESS SINCE 1930

#HimalayaParteDinFamiliaTa

Complicațiile diabetului...

- Afectarea nervilor
- Boli cardiovasculare
- Afectarea rinichilor
- Disfuncții sexuale
- Rezistență scăzută la infecție
- Afectarea vederii
- Boli vasculare
- Predispoziție la infecții

Diabecon®

o speranță în lupta cu diabetul!

Himalaya Herbal Healthcare Romania

Distribuit în România prin importatorul: **Prisum International SRL** Telverde: 0800.800.520, E-mail:office@prisum.ro

SUMAR

2 / 2016
publicație
trimestrială

8 Optimizarea stilului de viață

12 23% dintre bărbații români sunt afectați de obezitate

14 „Chirurgia bariatrică tratează obezitatea" - interviu cu prof. dr. Cătălin Copăescu

20 Efectele diabetului asupra sarcinii

22 „Copiii sunt un dar nepreţuit" - interviu cu dr. Andreas Vythoulkas

26 Bucate pentru tine

40 Importanța dietei și rolul nutriționistului

42 Cum elimini grăsimea abdominală?

44 Surse vegetale de proteine și beneficiile lor în alimentația sănătoasă

48 Ai grijă de pancreas!

50 Rolul și importanța fizioterapiei în diabet

55 Sănătatea picioarelor dincolo de problemele obișnuite

SUMAR

56 Îngrijirea dinților și diabetul de tip 1

58 Cataracta nu regresează la vârstnicii diabetici

60 Fumatul ar trebui exclus

62 Ține la distanță afecțiunile cutanate

64 Lipsa somnului agravează controlul glicemic

66 Principalele complicații cardiovasculare

68 Rolul sindromului metabolic în insuficiența cardiacă

71 Ce este hiperglicemia?

72 Gemoterapia, o cale naturală spre sănătate

76 „Există și bucurii și normalitate când ai diabet" - Asociația ASCOTID

94 Dicționar de termeni în diabetologie

abcDiabet este o publicație aparținând BurdaInternational RO

REDACTOR - ȘEF
Anca Ardeleanu

ART DIRECTOR
Andrei Ion

FOTOGRAFII
123RF/ Thinkstock

PRELUCRARE FOTO
Gheorghe Matei

TIPAR
Rotografika, Serbia
ISSN: 2501-6253

DIRECTOR GENERAL
Sandrin Apostoloiu

DIRECTOR EDITORIAL
Susana Pletea

PUBLISHER
Daniel Secărea

DIRECTOR PRODUCȚIE
Darek Jahn

DIRECTOR FINANCIAR
Ioana Caloian

MANAGER MARKETING
Alina Gavrilă

PROMOTION MANAGER
Amalia Simona Dulă

GROUP ADVERTISING DIRECTOR
Florentina Păuna-Laudă
e-mail: *florentina.pauna@burda.ro*

ADVERTISING SALES MANAGER
Renata Vișan
e-mail: *renata.visan@burda.ro*

DIFUZARE: Melania Săndulescu, Valentin Iordache (directori), Tel.: 021/224.57.06; 021/224.57.39; 021/224.57.40; Fax: 021/224.57.50; distrib@burda.ro

BURDA ROMÂNIA SRL Bd-ul Decebal nr. 25-29, Olympia Tower, etaj 3, 030964, București, OP 77, CP 208, Tel.: 0372.106.000, Fax: 021/311.35.87

DA! DIABETUL SE POATE TRATA!

Medicina alternativă în ajutorul diabeticilor

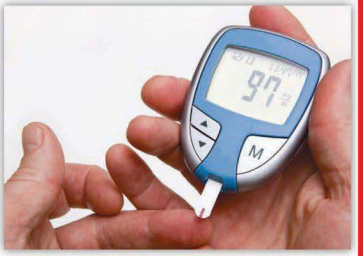
Stresul, suprasolicitarea, grijile, absența unei alimentații sănătoase și a exercițiilor fizice sunt principalele cauze ale acestei boli. Vestea bună? **GlucoNature** ajută la refacerea pancreasului și mărește secreția de insulină. În medicina tradițională chineză, cheia înțelegerii diabetului nu stă în nivelul glicemiei, ci în neregulile din funcționarea corpului. **GlucoNature** se concentrează pe îmbunătățirea activității organismului, pentru ca apoi glicemia să se regleze în mod natural.

Cum vă ajută GlucoNature?

După 20 de ani de studii aprofundate, cercetătorii chinezi au elaborat **GlucoNature** ca un produs 100% natural, fără efecte secundare. Administrarea de **GlucoNature** îmbunătățește microcirculația, reglează nivelul glicemiei din sânge, îndepărtează insomnia, reduce efectele secundare ale medicamentelor și, nu în ultimul rând, contribuie la minimizarea complicațiilor specifice diabetului.

Rezultate benefice și de durată

Încă din primele două săptămâni de la începerea tratamentului cu suplimentul alimentar **GlucoNature** veți putea observa că oboseala constantă dispare, tensiunea, colesterolul, setea excesivă și pofta de mâncare încep să se regleze, vederea se îmbunătățește, urinați mai rar în timpul nopții, somnul este mai odihnitor, transpirați mai puțin noaptea, iar durerile de cap, stomac, piept, spate sau umeri sunt simțitor diminuate. În plus, **GlucoNature** contribuie la tratarea eventualelor disfuncții sexuale ale bărbaților. După a treia sau a patra săptămână, începe să scadă vizibil și glicemia. Cele mai radicale schimbări se văd după 2-3 luni, în funcție de gravitatea bolii. Foarte mulți dintre pacienții care au folosit **GlucoNature** timp de câteva luni, au reușit să își reducă medicamentația. În urma rezultatelor extraordinare obținute cu **GlucoNature**, mai mulți terapeuți și diabetologi au început să recomande pacienților lor acest produs.



Mai jos sunt câteva mărturii ale persoanelor ce au început tratamentul cu GlucoNature:

Din prima lună durerile de picioare m-au lăsat și glicemia s-a reglat

"Aveam un diabet care se manifesta prin oscilații foarte mari ale glicemiei, ori scădea foarte mult ori urca foarte repede, iar din acest motiv medicul nu mi-a putut prescrie niciun tratament, în doar regim alimentar. Am comandat produsul GlucoNature și în prima lună de tratament am început să mă simt extraordinar de bine, în special datorită faptului că mi s-a reglat apetitul. Înainte mâncam haotic, aveam o poftă de mâncare excesivă, în urma căreia am luat și mai multe kilograme în plus. Tot în prima lună de tratament cu GlucoNature durerile de picioare m-au lăsat, am avut și o infecție la stomac care s-a vindecat, transpirațiile din timpul nopții nu mai sunt, iar glicemia mea a început să se regleze.

Nu mă așteptam să mă simt atât de bine după numai o lună de tratament! Sunt extrem de mulțumită și îmi voi continua tratamentul lunar".

Fara Mariana, 51 ani, Bocșa, Caraș-Severin

Glicemia s-a stabilizat la 90 - 100 de când iau GlucoNature

„Am trecut pe insulină din noiembrie 2013 cu 35 de unități. Din ianuarie am început să iau GlucoNature. După vreo două săptămâni am observat că nu mă mai dor picioarele. Aveam și un țiuit în urechi de parcă urcam dealuri și coboram văi. Acum nu mai am acel țiuit în urechi. Tensiunea mică o aveam 5, iar acum a început să se stabilizeze la 6-7. În luna noiembrie glicemia era 380 acum am scăzut insulina la 14 unități și glicemia o am 90-100.

Fuiorea Elena, Craiova, 61 ani

Mergeam la toaletă de 10 ori pe noapte

„Eu nu am luat niciodată medicamente și am încercat să îmi mențin glicemia prin sport. Anul trecut am făcut foarte multă mișcare, dar nu am reușit să-mi cobor glicemia sub 250. Anul acesta după ce mâncam aveam glicemia 417. La baie mergeam noaptea de două, trei ori pe oră adică de mai mult de 10 ori pe noapte. Făceam și greșala să mănânc foarte mult la 11 seara și beam seara de sete câte 2 litri de ceai cu lămâie. După ce am început tratamentul cu GlucoNature am început să mă simt foarte bine. Acum termin prima lună de tratament cu GlucoNature. Noaptea mai merg la baie doar de 2 ori. Glicemia o am dimineața în jur de 180, iar în timpul zilei 120 chiar și după ce mănânc. Am observat că dacă mănânc, doar după o oră, după ce iau pastilele GlucoNature, acestea își fac efectul mult mai bine. Parcă le simt cum circulă prin tot organismul. Mâinile le aveam tot timpul amorțite și reci, acum le simt foarte bine și nu mai sunt reci."

Mihai T. (51 ani, Bihor)

Acum mă simt foarte bine

"Problema mea era diabetul. Am și puțină tensiune. Am luat GlucoNature după ce am văzut reclama în ziar. După prima lună mi-a scăzut glicemia de la 190 la 140. Apoi după o perioadă am ajuns sub 130. Diabet am de 10 ani. Prima dată am luat-o cu ceaiuri și cu alte produse naturiste, dar în timp glicemia mi-a ajuns la 190 - 200. Acum mă simt foarte bine."

Manole Nicu, București, 64 ani

Pentru comenzi și informații puteți intra pe www.gluconature.ro sau puteți suna la tel: 0784.172.417 .
Prețul pentru o lună de tratament este 135 lei, iar pentru 3 luni este doar 330 lei. Transportul este inclus în preț. Produsul este disponibil și în magazine naturiste și unele farmacii.

Sănătos sau nu prea?

PREVENȚIA DEPINDE DE TINE!

În ultima perioadă ești din ce în ce mai stresată, ai observat că mănânci mai mult și nici măcar nu te interesează orele la care sustragi dulciurile din dulap, stai ore întregi în fața laptopului, iar drumul spre casă îl faci exclusiv cu mașina? În acest caz nu are niciun sens să te miri că te-ai îngrășat și nu te simți confortabil. În plus, știai că sedentarismul, alimentația hipercalorică, consumul excesiv de grăsimi saturate și de dulciuri rafinate sunt principalii factori care conduc la obezitate?

Știai că 21,3% dintre românii cu vârsta peste 18 ani suferă de obezitate, iar datele Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) arată că obezitatea se asociază cu un risc crescut de boli cronice, printre care se numără diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, boala coronariană și unele forme de cancer, dar și cu scăderea speranței de viață? De aceea susțin că și de tine depinde modul în care alegi să trăiești. Sănătos sau bolnav.

Nu trebuie să uităm și faptul că diabetul zaharat este o afecțiune care, din nefericire, poate să apară la orice vârstă și care poate determina complicații grave, schimbând vieți, modificând destine. Din acest motiv insist atât de mult pe prevenția diabetului zaharat, dar și a complicațiilor acestei boli. Dacă diabetul tip 1 nu poate fi prevenit, tipul 2 poate! Cum? Ar fi bine să începi cu optimizarea stilului de viață. Și da, repet, de tine depinde modul în care alegi să trăiești. Renunță de astăzi la fumat, la alcool, ai grijă să ai o alimentație sănătoasă și un comportament alimentar normal, prin respectarea celor trei mese pe zi și două gustări. Încearcă să ai o dietă hipocalorică. Fă sport, mult sport! Nu-ți place să mergi la sală și nici să alergi în parc dimineață? Nu-i nimic. Urcă scările sau pur și simplu mergi pe jos măcar 30 de minute zilnic. Dormi minimum 8 ore pe noapte și încearcă să prinzi măcar o oră înainte de ora 24.00. Și nu în ultimul rând, învață să trăiești cu stresul. Nu te lăsa dominată de gândurile negative sau de grijile zilnice, mai bine rezolvă-le cu calm și seninătate – în felul acesta vei câștiga o viață mai lină și mai bună calitativ. Nu te juca cu kilogramele, încearcă să-ți menții o greutate ideală (IMC < 25 kg/m^2).

Noi vrem să fim lângă tine, să te susținem, dar mai ales să-ți arătăm că se poate să rămâi sănătos sau să-ți faci o viață frumoasă chiar dacă diabetul te-a ales pe tine. În numărul doi al revistei abcDiabet, alături de specialiștii noștri, ți-am pregătit o serie de articole interesante despre ceea ce înseamnă să trăiești cu diabetul, să-i accepți complicațiile, să înveți să le amâni cât mai mult timp și, în ciuda lor, tu să ai o viață demnă, frumoasă.

Ce spui? Reușim să conviețuim cu diabetul?

Redactor-șef,
Anca Ardeleanu

PREVENȚIE ȘI

STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS

PREVENȚIA DIABETULUI ESTE EXTREM DE IMPORTANTĂ. FĂ TOT CE ȚINE DE TINE SĂ PREÎNTÂMPINI MĂCAR COMPLICAȚIILE DIABETULUI. RENUNȚĂ LA SEDENTARISM, LA FUMAT ȘI LA ALCOOL, ÎNLĂTURĂ STRESUL.

FOTO: ISTOCK

OPTIMIZAREA STILULUI DE VIAȚĂ

DIABETUL ESTE O AFECȚIUNE CARE, DIN NEFERICIRE, POATE SĂ APARĂ LA ORICE VÂRSTĂ, PUTÂND DETERMINA COMPLICAȚII ȘI SCHIMBA VIEȚI, DE ACEEA PREVENȚIA DIABETULUI ESTE IMPORTANTĂ. PREVALENȚA ACESTEI BOLI DIFERĂ MULT, ÎN FUNCȚIE DE POPULAȚIA STUDIATĂ, VÂRSTĂ, SEX, STATUTUL SOCIO-ECONOMIC ȘI STILUL DE VIAȚĂ. CONFORM ASOCIAȚIEI AMERICANE DE DIABET, PREDICȚIILE PENTRU ANUL 2025 SUNT EXTREM DE ÎNGRIJORĂTOARE – SE CREDE CĂ PREVALENȚA DIABETULUI ZAHARAT VA ATINGE 9%.

TEXT **ANCA ARDELEANU**

Diabetul zaharat generează o serie de complicații cronice care au un impact major asupra vieții persoanei în cauză. Cele mai frecvente complicații sunt cele cardiovasculare. Astfel, conform studiului EPIDIAB, acestea apar în cazul pacienților cu diabet zaharat tip 2 într-un procent de 50% în momentul diagnosticării afecțiunii.
Ceea ce este grav și trist în același timp este faptul că, odată apărute, complicațiile cronice scad calitatea vieții, autonomia pacienților, cresc numărul de zile de spitalizare, dar și a cheltuielilor pentru medicație. Se înregistrează de asemenea dublarea ratei mortalității, care în procent de 70 - 80% este determinată de complicațiile cardiovasculare. Reducerea acestor grave consecințe ale diabetului zaharat este posibilă prin: depistarea precoce activă a persoanelor cu diabet zaharat în grupurile populaționale cu risc, tratarea pacienților odată diagnosticați conform protocoalelor terapeutice bazate pe evidențe internaționale, prevenirea instalării complicațiilor cronice și a agravării lor prin screening-ul sistematic al complicațiilor și tratamente specifice în cazul agravării complicațiilor cronice, în colaborare cu specialiștii cardiologi, nefrologi, neurologi, oftalmologi.

FOTO. 123RF

Îngrijirea pacienților diabetici impune de asemenea asistență psihologică, ameliorarea inserției familiale, sociale, profesionale. Mai mult, îngrijirea pacienților diabetici trebuie să fie efectuată de o echipă multidisciplinară în care coordonarea acesteia revine specialistului diabetolog, însă un rol important îl are și pacientul diabetic care trebuie să participe activ la toate deciziile legate de îngrijirea sa. Costul diabetului crește de 3 - 5 ori dacă apar complicațiile cronice micro și/sau macroangiopatice, de aceea prevenirea complicațiilor cronice ale diabetului zaharat ameliorează impactul clinico-terapeutic și psiho-social și reduce costul bolii. Faptul că pe zi ce trece medicii au de-a face cu o creștere alarmantă a cazurilor noi de diabet poate fi o consecința stilului de viață modern.

IATĂ CE FACTORI CONDUC SPRE ACEASTĂ SITUAȚIE, DAR MAI ALES CEEA CE ȚINE DE TINE SĂ SCHIMBI:

➜ **Sedentarimul** – tot mai mulți oameni au această problemă, mai ales dacă locuiesc în mediul urban.

➜ **O alimentație hipercalorică**, dar și consumul excesiv de grăsimi saturate (animale), cât și cel de dulciuri rafinate. Medicii susțin că și consumul frecvent de carne crește riscul de diabet. Totodată este bine de știut că cerealele integrale și produsele lactate scad riscul de diabet tip 2 cu 21% și, respectiv, cu 14%. Sunt studii care susțin că dieta mediteraneană se asociază cu o scădere a riscului de diabet tip 2.

➜ **Supraponderea,** obezitatea – consecințe ale dezechilibrului între aportul caloric crescut și consumul energetic scăzut.

➜ **Stresul.** Chiar dacă nu poate fi eliminat, ar trebui încercată măcar o adaptare la el. Acesta afectează și diabetul zaharat, deoarece sunt foarte mulți oameni care atunci când sunt stresați mănâncă mai mult.

➜ **Fumatul** – efectele nocive ale fumatului sunt mai mult decât cunoscute, cu toate acestea, sunt puțini cei care au puterea de a renunța la acest viciu dăunător sănătății.

➜ **Consumul excesiv de alcool** crește riscul de diabet cu 43%.

IATĂ CARE SUNT CEI MAI IMPORTANȚI FACTORI PE CARE, DACĂ VEI ÎNCERCA SĂ-I ȚII SUB CONTROL, AI MARI ȘANSE SĂ PREVII DIABETUL:

► O alimentație sănătoasă și un comportament alimentar normal, prin respectarea celor 3 mese pe zi și 2 gustări. Important este să ai o dietă hipocalorică.
► Fă sport, nu neapărat exerciții fizice. Urcă scările sau pur și simplu mergi pe jos cel puțin 30 de minute zilnic.
► Renunță la vicii: fumat și alcool, dar și să stai mult la TV sau la calculator.
► Învață să trăiești cu stresul.
► Nu-ți neglija programul de somn, dormi minimum 7-8 ore pe noapte și, dacă este posibil, încearcă să dormi măcar o oră înainte de ora 24.00.
► Nu te juca cu kilogramele. Încearcă să-ți menții o greutate ideală (IMC < 25 kg / m²).

PREVENȚIA

Extrem de important este să eviți instalarea diabetului, dar și apariția complicațiilor acestei boli.
Dacă diabetul zaharat TIP 1 nu poate fi prevenit, TIPUL 2 se previne! CUM? Prin optimizarea stilului de viață! Ceea ce ar trebui să faci și poți este să-ți modifici stilul de viață astfel încât să ai unul sănătos.
CE ÎNSEAMNĂ?
În primul rând, câștigarea unei vieți bune, calitative.

„Alimentația este deosebit de importantă pentru toți oamenii, nu doar pentru cei ce au diabet. Principala problemă de sănătate, dacă nu avem o alimentație sănătoasă, este obezitatea, dar și apariția bolilor cardiovasculare. Ca recomandări generale în alimentație sugerăm consumul zilnic de fructe și legume, reducerea consumului de zahăr rafinat, carnea albă și nu cea roșie, dar și un consum de sare cât mai mic. Consumul de sare este de 10 grame pe cap de locuitor, ceea ce este foarte mult. Trebuie limitate și condimentele vegetale. Totodată, trebuie să consultăm cu responsabilitate eticheta produselor pe care le cumpărăm. Consumul de lichide este bine să fie între 1,5 – 2 litri de apă pe zi. Putem bea și lapte, dar și sucuri proaspete din care 1/3 să fie fructe și 2/3 apă”, a afirmat Anca Sânpetreanu, asistent medical licențiat din Cluj, în cadrul celui de-al 42-lea Congres Național de Diabet, care a avut loc în luna mai, la Brașov.

Totodată, în cadrul prezentării despre optimizarea stilului de viață și prevenția diabetului pe care Anca Sânpetreanu a avut-o la Brașov, aceasta a menționat și importanța dietei în viața persoanei cu diabet.

„Dieta este elementul cel mai important în menținerea stării optime de sănătate. Sigur că cei cu diabet trebuie să aibă o dietă diferită, adaptată necesităților individuale. Este indicat să aibă un consum variat și moderat de alimente, 3 mese principale și 2 gustări. Aportul caloric trebuie să fie în concordanță cu nevoile organismului, dar și în funcție de vârsta pacientului, de sex, de activitatea fizică pe care persoana în cauză o face zilnic, dar și de înălțime, plus greutate. Pacientul cu diabet este bine să consume 15–20% proteine, iar lipide sau grăsimi – maxim 30%. Să nu uităm că acesta are nevoie și de un aport de vitamine și substanțe minerale în corp”.

De asemenea, asistenta a atras atenția și asupra indicelui glicemic. Astfel, indicele glicemic reprezintă baza fiziologică a ierarhizării alimentelor în funcție de efectul lor asupra glicemiei. Acesta indică acțiunea alimentului asupra pancreasului. Astfel, cu cât un indice glicemic este mai mare, cu atât acel aliment va forța pancreasul să producă o cantitate mai mare de insulină, iar sănătatea este periclitată. Alimentele cu indice glicemic ridicat determină creșterea bruscă a glicemiei care, la rândul ei, produce tulburări ale nivelului de insulină, ale poftei de mâncare și ale capacității organismului de a depozita grăsimile. Medicii specialiști avertizează asupra faptului că diabetul zaharat de tip 1, dar și cel de tip 2, hipoglicemia, intoleranța la glucoză, epuizarea insulinei din organism și sindromul metabolic sunt câteva dintre afecțiunile provocate de alimentele cu un indice glicemic ridicat.

Un alt element extrem de important în optimizarea stilului de viață este **controlul greutății**. Sunt trei metode de evaluare a greutății: cântărirea, indicele masei corporale (IMC) și circumferința taliei. „Cântărirea o dată pe săptămână, îmbrăcat cât mai sumar, ne poate arăta mici creșteri de greutate care se pot remedia fără mari eforturi. Un indice de masă corporală este raportul dintre greutate și înălțime și se exprimă în kilogram pe metru pătrat, iar un indice de masă corporală de 18 kg/m^2 este un indice normal, între 25 și 30 avem o supragreutate, iar peste 30 kg/m^2 vorbim de obezitate. Controlul greutății prin măsurarea circumferinței taliei este extrem de util. Circumferința taliei la bărbați indică obezitate dacă este mai mare de 94, la femei dacă este peste 80 de cm", a susținut Anca Sânpetreanu, la Brașov. Totodată, medicii afirmă că dacă nu suntem atenți la alimentație și la greutate, putem să dezvoltăm boli cardiovasculare, boli ale sistemului osteoarticular, boli endocrine și tulburări emoționale, deoarece persoanele obeze se simt marginalizate.

Activitatea fizică are un rol esențial în dorința noastră de a ne îmbunătăți calitatea vieții. Aceasta scade incidența tulburărilor de personalitate, ajută la înlăturarea insomniei, determină scăderea cantității de grăsime și creșterea densității osoase. De asemenea, oferă protecție împotriva osteoporozei, scade incidența constipației și a cancerului de colon, determină creșterea masei musculare. Experții susțin că activitatea fizică reduce stările de anxietate și de depresie, reduce riscul apariției tensiunii arteriale, a obezității, a osteoporozei, a diabetului, a accidentelor vasculare, este factorul cheie în obținerea unei greutăți optime. Activitatea fizică în controlul diabetului este esențială, ea determinând normalizarea greutății și a glicemiei. Sunt studii care arată că 4 ore de mișcare pe săptămână pot să reducă riscul de fracturi cu 43%, iar 30-60 de minute de mișcare pot să scadă riscul de boli cardiovasculare. Trebuie combătut sedentarismul, statul la calculator și la televizor. „Încălțămintea pe care o purtăm trebuie să fie foarte comodă. În cazul persoanei cu diabet care face exerciții fizic, o atenție sporită trebuie acordată situațiilor nedorite precum hiperglicemia. Pacientul trebuie să-și măsoare glicemia înainte de a face efortul respectiv, iar dacă glicemia este 100 – 110 să ia o gustare înainte. Și la apariția leziunilor la membrele inferioare este indicat să fie atenți. Este extrem de importantă purtarea unor pantofi de bună calitate. În concluzie, educația terapeutică ajută pacientul să-și înțeleagă boala și să-și îmbunătățească aderența lui la tratament", a mai spus asistenta Anca Sânpetreanu.

FIINDCĂ INDICELE GLICEMIC MĂSOARĂ CÂT DE REPEDE CREȘTE GLICEMIA ALIMENTUL RESPECTIV, ÎȚI ARĂTĂM CÂTEVA ALIMENTE ȘI INDICELE LOR:

INDICE GLICEMIC MARE (≥70):
Fulgi de porumb (81), cartofi prăjiți (75), cartofi piure (74), orez alb gătit (73), pâine albă (70).

INDICE GLICEMIC MEDIU (55-70):
Zahăr (68), coca-cola, fanta și băuturi asemănătoare (68), cartofi natur (65), cartofi copți (60), mămăliga (65), cuscus (65), zahăr (65), înghețată (61), miere (55), pâine de secară (58).

INDICE GLICEMIC MIC (<55):
Banane, suc de portocale (52), struguri (46), portocale, piersici (42), spaghetti (44), mere, pere (38), iaurt (36), lapte integral (27).

23%

dintre bărbații români sunt afectați de obezitate

OBEZITATEA, ACUM UN SECOL, ERA CONSIDERATĂ UN FACTOR DE RISC PENTRU STAREA DE SĂNĂTATE A INDIVIDULUI, SAU ERA ASEMĂNATĂ CU O BOALĂ RARĂ. ABIA ÎN ANUL 1997, ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII (OMS) A RECUNOSCUT OBEZITATEA CA AFECȚIUNE CRONICĂ EVOLUTIVĂ, IAR ÎN ULTIMII 20 DE ANI, AFECȚIUNEA A LUAT PROPORȚII URIAȘE, FIIND CONSIDERATĂ ASTĂZI O ADEVĂRATĂ PANDEMIE. TEXT **ANCA ARDELEANU**

Obezitatea este cunoscută ca fiind un element major de risc în ceea ce privește diabetul zaharat, sindromul metabolic, bolile cardiovasculare, hipertensiunea arterială, infarctul miocardic, cancerul, osteoartrita, astmul și apneea în somn.

România are extrem de puține date statistice despre incidența obezității la adult sau la copil. Avem la dispoziție numai studiul ORO care a fost demarat în vara anului 2014 și a fost derulat de o echipă de opt investigatori români, medici cu specialitatea de diabet, nutriție și boli metabolice, coordonată de către conf. dr. Gabriela Roman. Concret, cercetarea a inclus un eșantion de aproximativ 2.100 de persoane adulte, din opt centre regionale: Bihor, București, Cluj, Galați, Gorj, Iași, Suceava, Timiș. Specialiștii au susținut în iunie 2015, când au făcut publice rezultatele studiului, că acesta a fost reprezentativ statistic pentru populația adultă din România. Trebuie menționat că studiul ORO este primul publicat cu privire la nivelul obezității în țara noastră și face referire și la factorii de risc care o determină.

Iată ce arată cercetarea:

Studiul epidemiologic ORO de prevalență a obezității și a factorilor de risc ai obezității a subliniat că 21,3% dintre românii cu vârsta peste 18 ani suferă de obezitate. Astfel, conform datelor obținute, rata obezității crește odată cu vârsta, astfel că în timp ce la adulții de până în 39 de ani obezitatea este prezentă la 9,9% dintre aceștia, procentul crește la 30,1% la grupa de vârstă 40-59 ani și ajunge la 41,6% la persoanele peste 60 ani.

PRINTRE PRINCIPALII FACTORI CARE DETERMINĂ OBEZITATEA LA ROMÂNI SE REGĂSESC:

- consumul a mai mult de trei mese pe zi, bogate cantitativ;
- mesele consistente după ora 21:00;
- consumul unor cantități mari de alimente la interval mai mic de o ora față de masa precedentă;
- mese nocturne;
- consumul de untură, consumul alimentelor prăjite;
- sedentarismul;
- număr insuficient de ore de somn.

„Acestea reprezintă componente ale stilului de viață nesănătos identificate în rândul persoanelor cu obezitate și supraponderale. Educația în domeniul nutriției, la nivel populațional, poate influența trecerea spre stilul de viață sănătos, în care moderația, echilibrul, împreună cu activitatea fizică sunt elemente prioritare", a declarat conf. dr. Gabriela Roman, UMF „Iuliu Hațieganu", președintele Asociației Române pentru Studiul Obezității.

Studiul ORO a arătat totodată o prevalență mai ridicată a obezității în rândul persoanelor de sex masculin, în comparație cu cele de sex feminin. Astfel, obezitatea afectează 23% dintre bărbați, față de 20,3% dintre femei, iar supraponderea, 41,6% dintre bărbați comparativ cu 24,7% dintre femei. De asemenea, sunt și diferențe regionale: în Banat, Crișana și Transilvania procentul obezității este de 18,8%, față de Moldova, unde procentul este de 23,8%. În Oltenia și Muntenia, prevalența obezității este aceeași cu cea înregistrată la nivel național, 21,3%. În ceea ce privește rata supraponderii, tot în Moldova este și procentul cel mai mare de persoane cu supragreutate, 33,4%, media pe țară fiind de 31,1%. În Banat, Crișana și Transilvania, prevalența supraponderii este de 28%, în timp ce în Oltenia și Muntenia, de 32,2%.

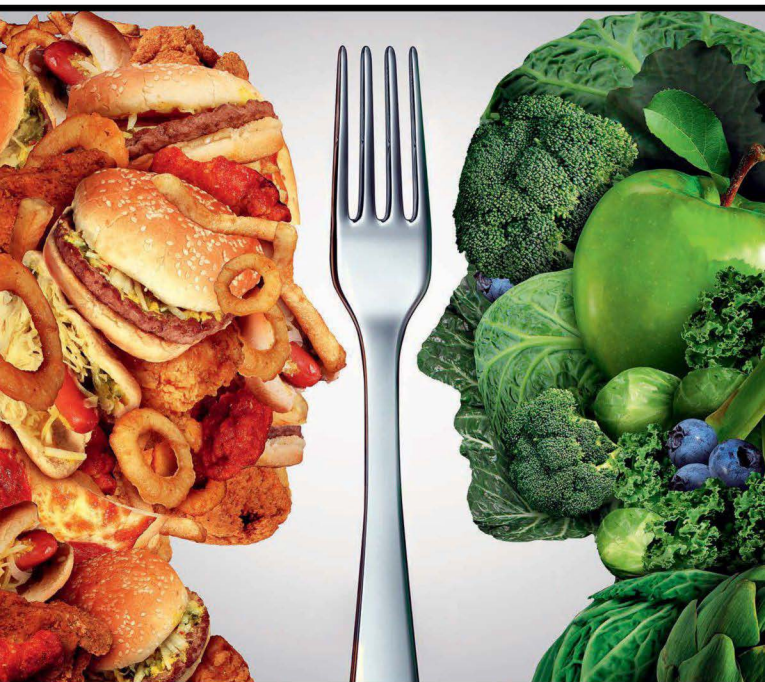
Demn de reținut este faptul că la nivel mondial, obezitatea și supraponderea reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, motiv pentru care se fac multiple eforturi de implementare a programelor de prevenție și control ale acestora.

Datele Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) arată că supraponderea și obezitatea se asociază cu un risc crescut de boli cronice, printre care se numără diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, boala coronariană și unele forme de cancer, precum și cu scăderea speranței de viață și a calității vieții.

FOTO: 123RF

OBEZITATEA
ȘI NEAJUNSURILE EI

SPECIALIȘTII SUSȚIN CĂ EXISTĂ O LEGĂTURĂ STRÂNSĂ ÎNTRE BOALĂ ȘI OBEZITATE. INCLUSIV FERITLITATEA TA POATE AVEA DE SUFERIT. ÎNCEARCĂ SĂ LUPȚI ȘI SĂ IEȘI VICTORIOASĂ ÎN LUPTA CU KILOGRAMELE.



CHIRURGIA BARIATRICĂ TRATEAZĂ OBEZITATEA!

Medicul Cătălin Copăescu este considerat cel mai bun specialist din țară în chirurgia obezității, fiind singurul român acreditat ca Surgeon of Excellence de Federația Internațională de Chirurgia Obezității (Europa) și de Surgical Review Corporation (SUA). Profesorul Copăescu are o experiență impresionantă în chirurgie bariatrică în cazul pacienților cu obezitate și risc crescut de morbiditate și tratamente laparoscopice pentru boli de reflux gastroesofagian și hernii hiatale. În ciuda timpului drămuit pe care-l are, și-a găsit răgaz ca să ne acorde un interviu în exclusivitate și să ne explice tot ce ține de soluțiile chirurgicale moderne la care se poate apela în cazul obezității și nu numai.

INTERVIU DE **ANCA ARDELEANU**

Domnule profesor doctor Cătălin Copăescu, sunteți un medic cu multă experiență. În plus, sunteți fondatorul chirurgiei bariatrice și metabolice la noi în țară, sau, așa cum știe pacientul român, al chirurgiei obezității. Aș vrea să ne spuneți cum a început totul.

Începuturile carierei mele au coincis, în mod fericit, cu introducerea chirurgiei moderne în România. Am devenit chirurg în România anilor '90, și beneficiind de oportunitățile deschiderii internaționale, am participat și absolvit numeroase programe de pregătire în chirurgia laparoscopică, specializându-mă în realizarea operațiilor prin acest tip de abord. Am fost fascinat de tehnicile operatorii „pe gaura cheii", așa cum erau sugestiv denumite procedeele endoscopice, tocmai pentru a sublinia reducerea dramatică a dimensiunilor căii de acces, în comparație cu chirurgia deschisă! Mărturisesc că, în acei ani, când majoritatea colegilor mei își puneau problema de a se specializa și a rămâne în străinătate, unde aveau acces la toate tipurile de tehnologii și metode disponibile în acea vreme, am avut un vis care pe atunci părea aproape imposibil. Să-i ajut pe pacienții români să aibă acces la cel mai bun tratament, la standarde internaționale, fără a mai fi nevoie să plece din țară pentru a-l obține. Nu am vrut să plec după chirurgia modernă, ci să contribui la introducerea chirurgiei moderne în spitalele noastre.
După lansarea și dezvoltarea tehnicilor laparoscopice avansate și o acumulare consistentă de experiență în domeniu, mi-am concentrat atenția asupra pacienților bariatrici, pacienți a căror situație morbidă asociază, de departe, cele mai importante riscuri anestezico-chirurgicale. La începutul anilor 2000, am realizat primele operații de chirurgie laparoscopică bariatrică din România, introducând pe rând în practica curentă procedeele de gastric banding, gastric bypass, gastric sleeve și diverse biliopancreatică. Până la sfârșitul deceniului trecut, am operat peste 2.000 de pacienți care prezentau obezitate asociată sau nu cu diabet zaharat de tip 2, prin abord laparoscopic și chiar robotic. Totuși, pentru chirurgia bariatrică laparoscopică de vârf încă nu există un centru în România care să ofere condiții adecvate de realizare a acestor operații, un cadru de tratare a unor pacienți atât de speciali! În 2011 am reușit să inaugurăm primul spital din țară dedicat bariatriei: Delta Hospital, actualul Ponderas Hospital, care este în prezent cel mai bine dotat și experimentat centru de acest fel de la noi din țară, cu tehnologie medicală de avangardă și o echipă multidisciplinară capabilă să trateze cele mai complexe cazuri bariatrice. Aici am reușit să creăm mediul la care am visat - un centru de excelență dedicat tratării fără compromis a pacientului metabolic, un cadru care îi oferă acces la tratamente moderne, aliniate la standardele internaționale, medici bine pregătiți și dedicați îngrijirii pacientului.

Chirurgia bariatrică și metabolică este cea mai eficientă metodă de tratare a obezității, în mod semnificativ și permanent. Aș vrea să ne explicați în ce constă.

Chirurgia bariatrică a început să își facă simțită prezența în întreaga lume acum 6 decenii. În ultimii 10-15 ani, procedeele de chirurgie metabolică au beneficiat de introducerea în practica medicală a celor mai moderne tehnologii, demonstrându-și eficiența prin rezultate remarcabile asupra evoluției pacienților. Dacă derulăm etapele prin care acest tip de tratament a evoluat de-a lungul anilor, observăm că, la început, aceste operații erau adresate excesului ponderal și erau grupate sub denumirea de chirurgia obezității sau chirurgia scăderii ponderale (Weight Loss Surgery), fiind considerate oarecum similare intervențiilor cu viză estetică. Zeci de ani mai târziu, numele a fost schimbat în chirurgie bariatrică, semnificând gradul înalt de dificultate al acestor proceduri adresate unor bolnavi fragili, cu morbidități asociate severe, greu de manageriat perioperator (baros, în limba greacă, înseamnă greutate/încărcătură).
În prezent, aceste intervenții sunt grupate sub numele de **chirurgie metabolică,** pentru a sublinia că indicația terapeutică principală a acestora a devenit remisia sau ameliorarea comorbidităților care influențează negativ prognosticul vital al acestor bolnavi – diabetul zaharat de tip 2, sindromul metabolic, afecțiunile respiratorii sau cardiovasculare prezente la pacienții metabolici – și nu controlul excesului ponderal de grăsime dispus inestetic.

Care sunt principalele operații care conduc la ameliorarea afecțiunilor metabolice și, evident, la pierderea excesului ponderal?

FOTO: ARHIVA PERSONALĂ DR. CĂTĂLIN COPĂESCU

Sunt 5 tipuri de intervenții chirurgicale care ameliorează semnificativ afecțiunile metabolice și conduc la pierderea excesului ponderal:
• operația de Gastric Banding (montarea unui inel gastric reglabil),
• Gastric Sleeve (micșorarea stomacului prin secționarea sa de-a lungul micii curburi),
• Gastric Bypass (procedeu în urma căruia alimentele vor ocoli stomacul),
• Diversia biliopancreatică (procedeu în urma căruia alimentele vor ocoli stomacul și cea mai mare parte a intestinului subțire),
• Plicatura gastrică (efectuarea unor pliuri în peretele gastric și suturarea acestora pentru a reduce capacitatea stomacului).

Sub ce formă contribuie la îmbunătățirea calității vieții această metodă de tratament?

Prezența comorbidităților asociate obezității modifică major calitatea și speranța de viață la pacienții metabolici. Sindromul metabolic este prezent la pacienții care suferă de 3 din următoarele 5 afecțiuni: dislipidemie, steatoză hepatică, hipertensiune arterială, diabet zaharat sau obezitate de tip central. Riscurile severe asociate acestui sindrom pot fi reduse semnificativ prin chirurgie metabolică. Aceasta are ca scop atât pierderea în greutate, cât și remisia, până la vindecare, a comorbidităților precum diabetul zaharat de tip 2, fiind astfel cea mai eficientă metodă de tratare a obezității, în mod semnificativ și permanent. Cu ajutorul echipei Ponderas, peste 7000 de pacienți au scăpat de obezitate. Dintre aceștia, 30% sufereau de diabet zaharat tip 2 și 35% aveau hipertensiune arterială. În urma chirurgiei metabolice, rata de ameliorare până la remisie a acestor afecțiuni este de peste 90%. Vorbim, așadar, nu doar de scădere ponderală, ci și de îmbunătățirea stării generale de sănătate, prin ameliorarea bolilor asociate obezității. Remisiunea și controlul la distanță a acestor patologii consecutiv chirurgiei bariatrice îmbunătățesc calitatea vieții și extind speranța de viață a acestor pacienți!

Cu ajutorul echipei Ponderas, peste 7.000 de pacienți au scăpat de obezitate, dintre ei, 30% sufereau de diabet zaharat tip 2 și 35% aveau hipertensiune arterială.

prof. dr. Cătălin Copăescu

Care sunt beneficiile acestui tratament (al chirurgiei obezității) și ce pacienți primesc această recomandare de la medicul specialist?

Beneficiile sunt multiple, de la cele medicale până la cele socio-emoționale. O să enumăr principalele consecințe ale operațiilor bariatrice, modificări cu impact pozitiv asupra statusului pacienților respectivi:
• Pacientul se va bucura de ameliorarea imediată, remisiune până la vindecare a afecțiunilor asociate obezității: diabetul zaharat tip 2, hipertensiunea arterială, dislipidemie, steatoza hepatică (ficat gras), dispnee (respirația grea), apnee de somn (oprirea respirației în somn), suferințe osteoarticulare, insuficiență venoasă cronică, insuficiență hormonală ovariană.
• Își va recăpăta încrederea de sine.
• Își va îmbunătăți semnificativ calitatea vieții și starea generală de sănătate.
• Pacientul poate pierde până la 90% din excesul ponderal.

Datorită tehnicilor chirurgicale laparoscopice utilizate în chirurgia bariatrică și metabolică, pacientul beneficiază de toate avantajele acesteia: de la limitarea durerilor postoperatorii, grăbirea vindecării și reîntoarcerea rapidă la activitățile cotidiene, reducerea perioadei de convalescență până la beneficiu estetic, vindecarea fără cicatrice aparente. În consecință, chirurgia metabolică este o soluție eficientă și este luată în considerare în condițiile excesului adipos important, mai ales dacă este cazul unei obezități morbide (indice de masă corporeală – IMC – peste 40 kg/m^2), dar și în situațiile în care calitatea vieții pacientului este afectată, capacitatea de mobilizare scade, iar puterea de a munci este din ce în ce mai limitată sau când deja au apărut complicațiile

obezității (sindromul metabolic – diabetul zaharat de tip 2, hipertensiunea arterială, steatoza hepatică, dislipidemia etc). În aceste situații, de la adolescenți până la octogenari, pacienții pot primi indicație pentru chirurgie metabolică.

Dar riscurile care sunt?

În Centrele de Excelență în Chirurgie Bariatrică și Metabolică, riscul complicațiilor este foarte mic (0,1 - 0,2 %). Incidența complicațiilor este de multe ori comparată cu a majorității intervențiilor chirurgicale efectuate pe scară largă, uneori considerate „banale", cum ar fi colecistectomia, apendicectomia sau cura herniei inghinale. Centrele fără această expertiză (spitale care nu îndeplinesc condițiile pentru acreditare ca Centru de Excelență), consemnează complicații de peste 10-20 de ori mai mari (1 - 4 %). Complicațiile se referă de la cele imediate, cum sunt hemoragia, fistulele sau trombozele venoase, până la cele tardive, cum sunt carențele nutriționale. Toate aceste complicații sunt ușor de controlat și chiar de prevenit într-un Centru de Excelență, datorită dotărilor performante ale spitalului, dar mai ales a existenței unei echipe multidisciplinare supra-specializată în tratarea pacienților metabolici, cu înaltă expertiză în domeniu, consecutiv cazuisticii vaste în chirurgia metabolică. Astfel, un centru de excelență asigură rezultate bune pe termen lung și risc de complicații extrem de mic.

Este operația decontată de Casa de Asigurări de Sănătate sau nu?

Nu, operațiile bariatrice sunt suportate de pacienți.

Domnule doctor, există soluții terapeutice care să trateze obezitatea?

Obezitatea este considerată o adevărată boală cronică, cu implicații serioase asupra întregului organism. Tehnologia ne ajută astăzi să spunem că avem la îndemână tratament modern și eficient pentru această boală, cu rezultate pe termen nedeterminat.

Aș vrea să ne spuneți și care sunt metodele terapeutice care duc la scăderea excesului ponderal.

Desigur, cele mai răspândite terapii indicate pentru controlul excesului ponderal sunt tratamentele conservatoare: diete, activitate fizică, terapii comportamentale! Din păcate, eficiența acestor metode este modestă iar fiabilitatea lor redusă! Din punct de vedere chirurgical, vorbim de patru categorii de operații acceptate în întreaga lume, tehnici care deja și-au dovedit eficacitatea, atât pentru scăderea ponderală, cât și pentru remiterea bolilor asociate obezității. În prezent, în centrele de excelență în chirurgia bariatrică sunt efectuate următoarele operații bariatrice: gastric sleeve (micșorarea stomacului), bypass gastric, diversia biliopancreatică și montarea inelului gastric.

Spuneți-ne, după ce are loc operația, pacientul cu diabet poate să-și mențină o greutate optimă?

Nu numai că își poate atinge și menține greutatea optimă, ci pacientul diabetic va reuși să își normalizeze glicemia. Scăderea ponderală este unul dintre mecanismele care explică remisia diabetului, prin creșterea sensibilității la insulină a țesuturilor periferice. Studii recente semnalează însă și alte mecanisme hormonale care sunt ameliorate de tratamentul chirurgical, normalizarea glicemiei apărând chiar în primele zile postoperatorii, înaintea scăderii ponderale.

În ce constau limitările sau dieta pe care trebuie să le țină pacientul înainte de intervenția chirurgicală?

Majoritatea pacienților care au indicație pentru chirurgie metabolică au experimentat multiple diete ale căror eficiență și durabilitate s-au dovedit modeste. În consecință, pentru cei mai mulți pacienți nu este necesar ca înainte de operație să scadă în greutate prin regim conservator. Totuși, în cazul unor afecțiuni grave, precum și al unor dezechilibre nutritive sau vitamino-minerale, pacienții vor fi supuși unor diete și tratamente atent monitorizate medical, în scopul compensării acestora înainte de operație.

Dar după ce aceasta a avut loc?

După intervenția chirurgicală, discutăm mai mult de un regim alimentar și nu de dietă, menit să ajute la vindecarea corectă a stomacului care tocmai ce a trecut printr-o modificare chirurgicală. Există o perioadă de 4 săptămâni necesară vindecării țesuturilor digestive operate, interval în care se adoptă un regim alimentar pentru protejarea acestora. Acesta constă în creșterea progresivă a consistenței alimentelor, de la lichide clare (prima săptămână), pasate (săptămânile 2 și 3), la semisolide (săptămâna 4) până la solide (săptămâna 5). Ulterior, alimentația revine la normal, fără ca pacientul să aibă alimente contraindicate, însă cu mențiunea de adoptare a unui stil de alimentație sănătos, recomandându-se să nu se mai repete „greșelile" care au condus la creșterea ponderală inițială.

Obezitatea este considerată una dintre cele mai frecvente boli de nutriție din lume, ea având amploarea unei pandemii, conform raportului OMS 2011, fiind considerată boala secolului al XXI- lea. Care sunt factorii de risc la care sunt supuși copiii și adolescenții cu obezitate?

Excesul ponderal reprezintă un pericol din cauza comorbidităților asociate și determinate de obezitate: hipertensiune, diabet zaharat tip 2, dislipidemie, sindrom de apnee în somn etc. Consecințele sunt cu atât mai grave, cu impact asupra speranței de viață și a calității acesteia, cu cât

câştigul ponderal apare la vârste mai fragede sau într-o perioadă scurtă de timp (adică în 2-3 luni), în special la persoane care sunt deja supraponderale. Statistic, cele mai riscante perioade în care persoanele se îngraşă excesiv sunt după 40 ani sau la terminarea pubertăţii – după 18-19 ani.

Care sunt cauzele obezităţii morbide? Dar complicaţiile ei?

Cauzele obezităţii pot fi multiple: vorbim de factori genetici, comportamentali sau de mediu. Desigur, există şi cazuri în care obezitatea este o consecinţă a unor alte boli, de regulă genetice (spre exemplu, în cazul copiilor cu sindrom Prader Willi).

Printre cazurile de obezitate infantilă tratate în spitalul nostru, spre exemplu, cel mai frecvent întâlnim obezitate dezvoltată pe fond genetic (copilul moşteneşte problema obezităţii de la un membru al familiei). Atunci când ambii părinţi suferă de obezitate, şansele ca şi copilul lor să dezvolte această afecţiune sunt peste 70%! Alimentaţia joacă şi ea un rol fundamental în creşterea corectă a copilului. Vorbim aici de respectarea unui ritual al meselor în familie, la ore clar stabilite. În ziua de astăzi, din păcate, copiii mănâncă dezordonat, nu mai obişnuiesc să mănânce alături de întreaga familie, ci optează mai mult pentru gustările nesănătoase, pe fugă sau în faţa calculatorului.

Din experienţa dumneavoastră, spuneţi-ne, de la obezitate la diabet zaharat, ce distanţă este?

Din păcate, este o distanţă din ce în ce mai scurtă. Dacă diabetul zaharat de tip 2 era cunoscut ca o boală care apare preponderent după vârsta de 40-50 de ani, în ultima perioadă alterarea echilibrului glicemic începe să îşi facă prezenţa mult mai rapid, la persoane tinere, chiar la adolescenţi, din cauza instalării de timpuriu şi a obezităţii, mai ales cu dispunere centroabdominală, principala cauză a diabetului zaharat de tip 2.

Este ştiut faptul că majoritatea pacienţilor cu diabet zaharat prezintă şi o serie de complicaţii care le scad calitatea vieţii. Spuneţi-ne, care sunt beneficiile acestora după ce au fost supuşi intervenţiei?

Această boală, diabetul zaharat de tip 2, era considerată până recent o boală incurabilă, care necesita tratament cronic, pentru tot restul vieţii, cu perspectiva apariţiei ulterioare a complicaţiilor severe precum retinopatie până la orbire, microangiopatii până la ischemii grave şi amputaţii de membre, nefropatii până la insuficienţă renală, neuropatii etc. Chirurgia metabolică a demonstrat remisia şi chiar vindecarea diabetului zaharat de tip 2, cu ameliorarea sau limitarea evolutivă a complicaţiilor grave ale acestei afecţiuni. Postoperator, majoritatea pacienţilor diabetici nu mai necesită terapie antidiabetică chiar dacă, anterior era nevoie de administrare de insulină (în cazul unui diabet zaharat tip 2 insulinonecesitant). În alte situaţii, dozele terapeutice sunt reduse semnificativ sau este nevoie doar de antidiabetice orale, în condiţiile menţinerii unor valori normale ale glicemiei. Prin analogie cu patologia oncologică, dacă pentru o perioadă de 5 ani pacientul nu va prezenta semne de diabet în condiţiile în care nu urmează niciun tratament antidiabetic, putem discuta despre vindecare. Această consecinţă fericită poate fi întâlnită la un număr important de pacienţi diabetici care au beneficiat de chirurgie metabolică. Pe de altă parte, s-a demonstrat că pacienţii operaţi, care la momentul intervenţiei chirurgicale nu prezentau diabet zaharat, vor avea un risc mult mai mic de a dezvolta această patologie în următorii 20 de ani în comparaţie cu bolnavii neoperaţi.

Care sunt principalele metode de investigaţie care pot spune dacă un pacient este sau nu unul metabolic?

Determinarea sindromului metabolic se poate face relativ simplu: dacă un pacient prezintă mai mult de 3 din cele 5 afecţiuni metabolice, atunci da, deja are instalat sindromul metabolic. Cele 5 afecţiuni la care fac referire **sunt diabetul zaharat tip 2, dislipidemie, steatoza hepatică, hipertensiune arterială sau obezitate de tip central.** Ulterior, pentru determinarea mai complexă a stării de sănătate a pacientului şi a compatibilităţii sale cu procedeele bariatrice, acesta trebuie să efectueze o evaluare amplă preoperatorie, în care va fi examinat din punct de vedere imagistic, cardiologic, respirator etc. Sunt cuprinse în acest plan o serie de investigaţii medicale pe care pacientul le efectuează pentru a primi un diagnostic complet şi un plan terapeutic potrivit nevoilor sale.

Care sunt criteriile de evaluare a obezităţii la copil?

Din punct de vedere medical, se poate spune că un copil a trecut de limita normalului atunci când greutatea lui depăşeşte cu 20% valorile standard ale înălţimii pentru categoria de vârstă. Cu alte cuvinte, dacă în locul unei greutăţi normale de 20-22 de kilograme, copilul are 30 de kilograme, micuţul este considerat supraponderal. Încă 5 kilograme în plus dacă ar avea, categoric ar intra în categoria obezităţii infantile.

Dar la adult?

La adulţi, un simplu calcul al indicelui de masă corporală (IMC), care raportează greutatea la pătratul înălţimii, ne spune în ce clasă de obezitate se încadrează. Aşadar, conform IMC, poţi fi normoponderal dacă indicele este situat între 20 şi 24,9 kg/m^2 sau supraponderal, pentru valori între 25 şi 29,9 kg/m^2. Dacă ai un indice situat între 30 şi 34,9, suferi de obezitate de grad 1, între 35 şi 39,9 de obezitate de grad 2, iar dacă valorile indicelui trec de 40, este vorba deja de obezitate

Acum de 15 ani am introdus conceptul de chirurgie bariatrică în România, iar astăzi, această tehnică a ajuns o referință importantă în tratarea pacientului cu obezitate și, foarte important, a pacientului diagnosticat cu diabet zaharat tip 2.

prof. dr. Cătălin Copăescu

morbidă. În situații mai grave discutăm despre superobezitate morbidă (IMC peste 50 kg/m^2), super-super obezitate morbidă (IMC peste 60 kg/m^2) sau obezitate extremă (IMC peste 70 kg/m^2).

Ați afirmat la un moment dat că riscurile asociate dislipidemiilor scad sau sunt reduse seminificativ prin chirurgia metabolică.

Alterarea gravă a echilibrului lipidic, manifestată prin creșterea lipidelor, a trigliceridelor și a colesterolului plasmatic, este frecevent asociată obezității centrale, a sindromului metabolic. Consecințele acestor modificări sunt cunoscute, determinând și agravând patologia cardiovasculară. Chirurgia bariatrică reglează absorbția și metabolismul lipidic prin limitarea excesului alimentar, dar și prin reducerea absorbției lipidice, caracteristică a procedeelor care presupun ocolirea unui segment de intestin (bypass gastric sau diversie biliopancreatică). Studii recente au demonstrat reducerea semnificativă a vârstei vasculare la pacienții care au beneficiat de chirurgie metabolică, aceasta suprapunându-se cu cea cronologică la 12 luni de la intervenție.

Riscul de a dezvolta diabet și alte afecțiuni metabolice crește nu doar odată cu indicele corporal (BMI), ci și cu circumferința taliei.

Distribuția centrală a obezității sau așa-zisa obezitate de tip abdominal este asociată cu riscuri cardio-metabolice semnificative. Putem recunoaște obezitatea de tip central prin creșterea circumferinței abdominale peste 102 cm la bărbați și 88 cm la femei. Aceasta poate conduce la o serie de boli cu consecințe grave. Printre acestea se numără:

- Steatoza hepatică nonalcoolică – adică încărcarea grasă a ficatului. Această afecțiune poate duce la fibroză hepatică, cu risc de ciroză hepatică și chiar hepatocarcinom.
- Alterarea echilibrului glicemic, până la diabet zaharat de tip 2.
- Dislipidemie – valori crescute ale trigliceridelor, lipidelor și colesterolului plasmatic.

Din cauza presiunii abdominale crescute, mușchiul diafragmatic este ridicat, iar cutia toracică este comprimată, de aici va rezulta:

- sindrom de hipoventilație pulmonară tip restrictiv;
- reflux gastro-esofagian;
- depunerea de grăsime pericardiacă - cardiomiopatie;
- depunere de grăsime la nivel pancreatic - insulinorezistența, depunere de amiloid, diabet zaharat;
- sindrom protrombotic care poate duce la formare de plăci de aterom la nivelul vaselor mari de sânge – cu risc crescut de infarct miocardic, accident vascular, arteriopatie, tromboze venoase.

Spuneți-ne ce planuri aveți pentru anul acesta, ce proiecte aveți în desfășurare?

Sunt multe proiecte pe care le avem în desfășurare la Ponderas anul acesta, atât din registrul medical, cât și din punctul de vedere al dezvoltării businessului.

Focusul nostru rămâne dezvoltarea influenței acestui centru de excelență în România și în regiune, fiind continuu preocupați de tot ce înseamnă noi tehnologii puse în slujba medicinei. Astfel, suntem mândri că avem pe agendă o serie de activități de instruire – cursuri de training, perioade de imersie clinică pe care le organizează centrul nostru pentru chirurgi români și străini.

Dintre toate realizările dumneavoastră profesionale, care vă este cea mai apropiată de suflet?

Spitalul Ponderas a pornit de la un vis ambițios de-al meu și a reușit să devină ceea ce este acum prin eforturi comune ale întregii echipe. O altă realizare aproape de sufletul meu este faptul că, în urmă cu mai bine de 15 ani, introduceam conceptul de chirurgie bariatrică în România, iar astăzi, această tehnică a ajuns o referință importantă în tratarea pacientului cu obezitate și, foarte important, a pacientului cu diabet zaharat tip 2.

EFECTELE DIABETULUI ASUPRA SARCINII

CU TOATE CĂ MEDICINA A AVANSAT ȘI O FACE FĂRĂ ÎNTRERUPERE, COPIII NĂSCUȚI DE FEMEI CU DIABET ZAHARAT SUNT ÎN CONTINUARE SUSPUȘI UNUI RISC MARE DE MALFORMAȚII CONGENITALE.

FOTO: 123RF

În timpul sarcinii, diabetul reprezintă cea mai comună patologie asociată. Pacientele pot fi grupate în: cele care au fost diagnosticate cu diabet înainte de sarcină – **diabet pregestațional,** și cele care au fost diagnosticate în timpul sarcinii – **diabet gestațional.**

De cele mai multe ori, la primul consult în sarcină, medicul îți va determina glicemia, luând în considerare factorii de risc pentru diabetul gestațional. Dacă glicemia à jeun este în limite normale (<105 mg/dl), se va repeta glicemia în săptămânile 24 -28 de sarcină.

Conform studiilor din domeniu, riscul ca un copil să moștenească un diabet de tip 1 este de 1-3%.

Concret, efectele diabetului asupra sarcinii sunt dificile și multe.

Iată care sunt cele mai semnificative:

Malformațiile congenitale apar cu o frecvență de două ori mai mare la sarcinile unde mama are diabet zaharat. Astfel, pot să apară în până la 4% din aceste sarcini. Medicii atrag atenția că, din nefericire, malformațiile congenitale reprezintă principala cauză de îmbolnăvire sau de deces perinatal. Important este să nu fie neglijat controlul metabolic al mamei pe toată perioada sarcinii, iar cel mai optim parametru de urmărit este hemoglobina glicolizată care ne poate oferi informații despre media glicemiilor din ultimele două luni. Importantă de menționat este și sănătatea femeii înainte de a fi gravidă, sau mai bine spus, viitoarea mamă care are diabet zaharat trebuie să mențină constant nivelul de glucoză din sânge înainte de a rămâne însărcinată. Totodată este indicat să-ți menții greutatea corporală, să-ți îmbunătățești dieta, să faci exerciții fizice regulate. Majoritatea specialiștilor susțin la unison că este mult mai bine atât pentru cel mic, cât și pentru mamă, dacă sarcina este planificată.

Creșterea fetală

Mai mult de jumătate din nou-născuții din mame cu diabet au o greutate la naștere mult mai mare față de cei cu mame fără diabet. Astfel, o greutate la naștere mai mare decât media se asociază cu traumatisme sau în cel mai rău caz cu asfixiere în timpul nașterii, risc pentru cezariană, dar mai ales un risc crescut de a dezvolta obezitate în copilărie sau ca adult.

Naștere prematură

Diabetul se asociază cu un risc de cinci ori mai mare de naștere prematură comparativ cu populația generală. De asemenea, specialiștii susțin că dintre complicațiile diabetului, nefropatia diabetică (afectarea rinichilor) este un risc foarte mare pentru nașterea prematură.

Principalele investigații pentru mamă și copil sunt:

PENTRU MAMĂ: se va monitoriza atent glicemia, hemoglobina glicozilată, care arată media glicemiilor din ultimele 3 luni, tensiunea arterială, greutatea, nivelul proteinelor din urină.

PENTRU COPIL: vor fi necesare ecografii care să arate vârsta gestațională, greutatea, starea de sănătate, eventualele malformații, bătăile inimii, dar și mișcările fetale.

Atenție! Adoptarea unui stil de viață sănătos înainte de conceperea unui bebeluș scade mult riscul de dezvoltare a diabetului gestațional în viitoarea sarcină.

DONA ESTE ALĂTURI DE PACIENȚII CU DIABET

Se spune că orice dificultate, problemă sau boală poate fi gestionată mai ușor atunci când ai un sprijin. Un prieten, o rudă, un coleg ... sau o farmacie. Alături de medici, familie și prieteni, farmaciștii sunt martori ai dificultăților și provocărilor cu care se confruntă zi de zi pacienții cu diabet.

Inspirându-se din experiențele farmaciștilor în relația cu pacienții, rețeaua DONA și-a propus să devină un sprijin constant pentru pacienții cu diabet, pentru ca aceștia să ducă o viață normală, în ciuda piedicilor întâmpinate din cauza bolii.

De-a lungul timpului, DONA a conceput și implementat diverse programe de susținere a pacienților cu diabet, în acord cu nevoile lor: **„Clubul de suport pentru diabet”, „Fiecare diabetic are dreptul la analize”, „Coș produse diabet”, „Sănătos de sus până jos”** sau **„Suntem alături de tine în lupta cu diabetul”**. Prin intermediul lor, DONA și-a propus să contribuie mai mult la îmbunătățirea stării de sănătate a pacienților cu diabet, oferindu-le: acces la tratamentul prescris și la produsele recomandate pentru afecțiunile asociate diabetului, testări medicale, precum și diverse materiale educative periodice realizate în parteneriat cu medici și alți specialiști din domeniul sănătății.

O sursă constantă și actualizată pentru pacienții care suferă de această afecțiune este site-ul *www.farmaciiledona.ro*. În cadrul secțiunii **„Clubul de suport pentru diabet – Viața cu diabet”**, pot afla sfaturi utile, recomandări medicale și articole pe teme de interes (stil de viață, nutriție, activități fizice etc.), realizate în colaborare cu medici specialiști. Site-ul cuprinde, de asemenea, informații și despre alte afecțiuni cronice, promoții, produse etc.

DONA își dorește să fie nu doar o farmacie, ci un real sprijin. Și în acest an, DONA este alături de pacienții cu diabet.

Deși poate părea de la sine înțeles, una dintre prioritățile de bază pentru pacienți este procurarea rețetei și a tratamentului recomandat de medicul diabetolog. De multe ori, aceștia se confruntă cu imposibilitatea de a-și cumpăra tratamentul din diverse motive, printre care și cele financiare. Pentru a le veni în ajutor, DONA a pus bazele campaniei naționale „Coplată zero la diabet”. Astfel, toți pacienții care beneficiază de o rețetă compensată electronică (pentru orice tip de diabet), își pot procura rețeta fără să fie nevoiți să achite o diferență de plată. O altă facilitate pe care DONA a creat-o pentru pacienții diabetici este cardul S.O.S. Diabet. Implementat cu succes încă din 2007, cardul S.O.S. Diabet asigură acces neîntrerupt la toate programele dedicate acestei afecțiuni cronice și la informații despre ofertele, promoțiile și concursurile aflate în derulare.

Mai mult, prin utilizarea cardului S.O.S. Diabet la fiecare achiziție în parte, pacienții cu diabet primesc, pe loc, reduceri de preț:

- **Pentru produsele achiziționate în cadrul Farmaciilor DONA:**
  - ✔**orice produs destinat tratamentului diabetului zaharat și al bolilor asociate**
  - ✔**orice produs farmaceutic, parafarmaceutic sau cosmetic**
- **Pentru serviciile oferite de partenerii Farmaciilor DONA**

Reducerile se aplică și în cazul cumpărăturilor efectuate online, din magazinul DONA (www.donaonline.ro). Atât campania „Coplată zero la diabet”, cât și cardul S.O.S. Diabet sunt valabile în orice unitate DONA din țară.

Susținerea comunităților de pacienți cu diabet este o misiune complexă și de lungă durată. Cu fiecare program, articol sau sfat acordat de farmaciști, DONA este alături de persoanele cu diabet în fiecare zi și este atentă la nevoile și provocările cu care se confruntă. Comunicarea deschisă între pacient și farmacist reprezintă calea prin care toate aceste eforturi pot să dea roade, iar viața persoanelor cu diabet să se îmbunătățească.

DESPRE DONA

Din dorința de a încuraja mai mult interacțiunea cu personalul din farmacii și pentru o experiență mai plăcută, DONA a dezvoltat un program amplu de redecorare a unităților sale, care va continua și anul acesta. Înainte de toate, DONA înseamnă o echipă de farmaciști foarte bine pregătiți, mereu disponibili să ajute cu recomandare avizată, un sfat și un gând bun.

Vă așteptăm în cele peste 280 de Farmacii DONA, localizate în cele mai importante orașe din țară!

„COPIII SUNT UN DAR NEPREȚUIT“

FOTO: ARHIVA PERSONALĂ DR. ANDREAS VYTHOULKAS

Dr. Andreas Vythoulkas este medic specialist obstetrică-ginecologie, cu competențe în infertilitate, laparoscopie, ecografie, histeroscopie și colposcopie. În plus, este directorul executiv al Asociației Române pentru Reproducere Umană. Un om tânăr și frumos, care trăiește cu bucurie fericirea cuplurilor care reușesc să devină părinți. Fiecare succes al unui cuplu în încercarea de a obține o sarcină este pentru el o realizare unică, importantă, în care pune suflet. Am vorbit, într-un interviu acordat revistei abcDiabet, cu medicul Vythoulkas despre obiectivele asociației, despre infertilitate și tot ceea ce presupune ea, inclusiv în cazul femeilor supraponderale.

Interviu realizat de **ANCA ARDELEANU**

Domnule doctor, sunteți directorul executiv al Asociației Române pentru Reproducere Umană. Ce provocări presupune această funcție și ce planuri aveți pentru anul 2016?

Asociația Română pentru Reproducere Umană este o asociație tânără, iar asta este o provocare în sine, pentru că încercăm să facem cunoscută activitatea noastră. Asociația a fost constituită în 2014, iar de atunci am participat la două congrese internaționale, iar anul acesta, la Sinaia, are loc cel de-al treilea la care asociația va fi prezentă.

Care sunt obiectivele Asociației Române pentru Reproducerea Umană?

• Respectarea drepturilor pacienților cu probleme de infertilitate cu privire la: îngrijire, demnitate, informare, alegere, confidențialitate;
• Stabilirea de relații cu organizații, organisme, instituții, societăți comerciale sau civile din țară și străinătate, stabilind raporturi de colaborare și parteneriat cu acestea;
• Reprezentarea pacienților cu probleme de infertilitate pe lângă instituțiile naționale și internaționale și stabilirea legăturilor cu alte organizații neguvernamentale, naționale și internaționale, care au scopuri similare;
• Promovarea și compararea practicilor și opțiunilor de îngrijire și tratament a pacienților cu probleme de infertilitate, sprijinindu-le și promovându-le pe cele mai bune dintre acestea;
• Obținerea de informații de actualitate privind cercetarea în domeniu, tratamentele și metodele de diagnostic existente, precum și modalitatea în care se poate accede la acestea;
• Dezvoltarea unei baze de informații despre cauzele infertilității, mai ales referitoare la cele mai recente cercetări și experiențe în domeniu, care să favorizeze circulația și răspândirea acestor date, precum și integrarea în sistemul informațional european și mondial.
• Susținerea colaborării interdisciplinare – endocrinologi, urologi, ginecologi, psihiatri, psihologi, sociologi, asistenți sociali, pentru promovarea unei palete cât mai largi de servicii de sprijinire a pacienților.

Spuneți-ne, sunt românii reticenți sau, altfel spus, apelează greu la medicul specialist atunci când au o problemă precum infertilitatea?

Da, este adevărat, se poate spune despre români că sunt ceva mai reticenți la a apela la un specialist în infertilitate atunci când au o problemă în acest sens. În primul rând, nu toți conștientizează că infertilitatea este o boală. Și, ca la orice boală, este nevoie

> *Tratamentul este personalizat, în funcție de problema pe care o are fiecare cuplu, iar în cazul infertilității diagnosticul este cel mai important.*
>
> **dr. Andreas Vythoulkas**

să mergi la medic pentru a te vindeca. 95% din cazurile de infertilitate pot fi vindecate, atâta vreme cât cuplurile au parte de un diagnostic corect. Iar pentru asta, este nevoie să se prezinte la un medic specialist în infertilitate. Mai trebuie precizat în acest context că nu toate cazurile de infertilitate necesită fertilizare în vitro, așa cum se crede, există destul de multe cazuri în care se poate rezolva situația cu un simplu tratament medicamentos. Din păcate, există încă destule cupluri care cred că infertilitatea este un dat de la Dumnezeu și nu mai fac nimic pentru a îndrepta acest lucru.

Care sunt principalele cauze ale infertilității la femei? Dar la bărbați?

Pentru femei, principalele cauze medicale ale infertilității sunt endometrioza, defectele trompelor uterine – nepermeabilitatea completă sau parțială, dar și anumite dereglări hormonale. Mai există o cauză pentru infertilitatea feminină, foarte importantă și care trebuie luată în considerare. Este vorba despre vârsta înaintată la care femeile se gândesc să aibă copii. Eu de multe ori spun, și nu cred că greșesc, că o cauză a infertilității este cariera pe care multe femei o pun pe primul plan. Apoi, când au deja peste 35 de ani, se gândesc să facă și un copil, numai că acesta este și momentul în care fertilitatea unei femei începe să scadă destul de abrupt. Și atunci apar problemele. Trebuie știut faptul că vârsta perfectă a unei femei pentru a avea copii este 25 de ani. La 40 de ani, 80% dintre ovocitele unei femei au anomalii, ceea ce înseamnă fie că nu pot obține o sarcină pe cale naturală, fie că, și dacă o obțin, riscul de avort spontan este mare. Iar acest procent, de 80%, este unul normal. De aceea, lucrurile e bine să fie făcute la timpul lor.
La bărbați, cele mai multe dintre problemele legate de infertilitate apar din pricina spermei, fie sunt legate de mobilitatea spermatozoizilor, fie de numărul acestora.

În cazul persoanelor care au probleme cu greutatea, sunt supraponderale, ce le recomandați?

În primul rând, ceea ce au de făcut aceste persoane este să descopere cauza care a dus la obezitate. Cu alte cuvinte, ar trebui să vadă ce stă în spatele acestei patologii și să încerce să ducă la bun sfârșit un tratament recomandat de specialist pentru atingerea unei greutăți normale.

Din experiența dumneavoastră cum se poate trata infertilitatea atunci →

când surplusul de greutate este o adevărată problemă la femei?

Infertilitatea poate să aibă legătură chiar cu surplusul de greutate. Există dereglări hormonale care sunt responsabile de ambele lucruri, și de infertilitate, și de surplusul de greutate. Primul și cel mai important lucru care trebuie făcut este să se găsească o cauză pentru aceste patologii. Dacă se găsește cauza și se instituie un tratament corect pe baza ei, atunci primii pași au fost făcuți deja.

Care sunt complicațiile sarcinii asociate obezității?

În primul rând, studiile au dovedit că ulterior și copiii pot avea probleme de greutate, dacă mama are acest tip de problemă în timpul sarcinii. Apoi, pentru femeile care suferă de această patologie este mult mai probabil ca în timpul sarcinii să dezvolte diabet zaharat. Ideal și indicat ar fi pentru cele care suferă de obezitate în timpul sarcinii să fie urmărite și de medicul endocrinolog, nu numai de către medicul ginecolog.

Dar în cazul unei femei diagnosticate cu diabet zaharat?

Ca și în cazul celor cu obezitate, și aici e foarte bine să fie urmărite și de medicul endocrinolog. În mod special în cazul celor cu diabet zaharat este important când a fost dobândită patologia, dacă ea a existat sau nu înainte de sarcină. Dacă diabetul zaharat a existat înainte de apariția sarcinii, este nevoie de o monitorizare atentă a parametrilor, pentru a ne asigura că atât mama, cât și bebelușul nu au deloc de suferit. Diabetul zaharat dobândit în timpul sarcinii se ține sub control, de cele mai multe ori, cu ajutorul alimentației și dispare după naștere.

În ce constă managementul sarcinii la femeile cu obezitate?

Cel mai bine este ca medicul care urmărește sarcina să o monitorizeze atent pe femeia cu obezitate, să îi recomande analize de sânge regulat, pentru monitorizarea glicemiei și a altor parametri endocrini. Medicul ginecolog trebuie să colaboreze foarte bine cu medicul endocrinolog în acest caz și, în mod ideal, și cu un dietetician.

Există o relație între obezitate și infertilitate sau este un mit? Cum se poate rezolva această neplăcere?

> *La 40 de ani, 80% din ovocite au anomalii, ceea ce înseamnă fie că o femeie nu poate obține o sarcină pe cale naturală, fie că, și dacă o obține, riscul de avort spontan este mare.*
>
> **dr. Andreas Vythoulkas**

Da, există o relație. Obezitatea este de multe ori produsă de tot felul de disfuncții endocrine, care pot împiedica o femeie să obțină o sarcină pe cale naturală. De exemplu, sindromul ovarelor polichistice poate fi o astfel de patologie, care să determine și obezitate, și infertilitate. Nu întotdeauna scăderea în greutate atrage după sine și rezolvarea problemei de infertilitate, dar există multe cazuri în care acest lucru se întâmplă. În orice caz, inclusiv în timpul unei sarcini, este recomandat ca o femeie să țină greutatea sub control.

Considerați că infertilitatea este o problemă de sănătatea reală în România?

1 din 4 cupluri suferă de infertilitate. Deci da, este o problemă reală de sănătate. 25% dintre cuplurile aflate la vârsta fertilă nu pot obține o sarcină pe cale naturală.

Care sunt cele mai bune soluții de remediere a problemelor, sau care este cel mai bun tratament în cazul infertilității?

Nu există un singur tratament al infertilității. Tratamentul este personalizat în funcție de problema pe care o are fiecare cuplu.
Și în cazul infertilității, diagnosticul este cel mai important.
După obținerea unui diagnostic corect, medicul specialist în infertilitate știe care sunt pașii de urmat. Unele situații se pot rezolva cu tratament exclusiv medicamentos, altele au nevoie de fertilizare in vitro.

Vârsta este un impediment în obținerea unei sarcini pe cale naturală? Dar în cazul unui FIV?

Da, vârsta devine un impediment în ambele cazuri, pentru că materialul genetic al femeii suferă schimbări majore odată cu trecerea timpului. Iar după vârsta de 35 de ani, aceste transformări sunt cu adevărat abrupte. În unele cazuri, poate să apară și menopauza precoce, caz în care lucrurile se complică.

Dintre toate realizările dumneavoastră profesionale, care vă este cea mai apropiată de suflet?

Fiecare succes al unui cuplu în încercarea de a obține o sarcină este pentru mine o realizare profesională unică și foarte importantă. Sunt persoane care vin la noi în cabinet cu o ultimă speranță. Vor să mai facă o ultimă încercare. Reușita lor este, într-un fel, și reușita mea. Să nu uităm: copiii sunt un dar neprețuit, pe care unii îl primesc mai ușor, alții mai greu.

REȚETE PENTRU TINE

ASA CUM PROBABIL TE-AI OBIȘNUIT, ȚI-AM PREGĂTIT O MULȚIME DE RETETE GUSTOASE, DAR ȘI SĂNĂTOASE PE CARE CU SIGURANȚĂ LE VEI SAVURA. STAI LINIȘTITĂ, NU-ȚI VOR FACE NICIUN RĂU.

BUCATE pentru tine

Supă-cremă de pește cu iaurt

30 minute | 15 porții

INGREDIENTE:

500 g file de pește
2 morcovi
1 țelină mică
1 rădăcină de pătârnac
2 cepe
4 cartofi
30 ml ulei extravirgin de măsline
300 g iaurt degresat
1 vârf de cuțit boia dulce de ardei
1 lămâie

CUM PROCEDEZI:

Cureți și speli legumele, apoi le tai în bucăți și le pui la fiert în 2 ½ l apă. După 10 minute, adaugi peștele, în prealabil spălat și curățat de eventualele oase și pielițe.
Strecori supa și pasezi ingredientele printr-o sită sau în blender, adăugând și puțină supă.
Adaugi în supă uleiul de măsline, piureul obținut, iaurtul și sare după indicația medicului.
Omogenizezi și consumi supa caldă, presărând în fiecare porție puțină boia. Dacă dorești, poți să o acrești cu zeama de lămâie.

1 PORȚIE CONȚINE:
90 KCAL, 10 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 10 G GLUCIDE

FOTO: ARHIVĂ BURDA ROMÂNIA

Salată de andive cu sos de iaurt

15 minute **3 porții**

INGREDIENTE:

400 g andive proaspete
150 g iaurt
1 linguriță ulei de măsline extravirgin
1 linguriță muștar
zeama de la ½ lămâie
1 ardei roșu
câteva frunze de pătrunjel
piper
sare

CUM PROCEDEZI:

Speli andivele și le cureți de frunzele exterioare, dacă sunt veștede. Le tai în fâșii înguste. Pentru dressing, freci mușțarul cu uleiul de măsline, apoi adaugi iaurtul și zeama de lămâie. Sărezi și condimentezi cu piper după gust.
Speli ardeiul și îl tai în rondele subțiri. În momentul servirii, torni dressingul peste andive și decorezi cu ardei și frunze de pătrunjel.

1 PORȚIE CONȚINE:
90 KCAL, 5 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 10 G GLUCIDE

Cremă de brânză cu ananas

1h 30 minute | 6 porții

INGREDIENTE:

500 g ananas proaspăt
150 g iaurt degresat
150 g brânză dulce dietetică
15 g gelatină
1 lingură miere
1/2 lămâie
100 g frișcă
2-3 picături esență de vanilie
câteva frunze de mentă pentru decor

CUM PROCEDEZI:

Cureți ananasul și tai șase rondele pe care le păstrezi pentru decor, iar restul le tai în cubulețe cu latura de 1 cm.
Pui gelatina la înmuiat în 50 ml apă rece, iar după 10 minute o dizolvi la bain-marie.
Amesteci brânza cu piureul de ananas, zeama și coaja rasă de lămâie, mierea, esența de vanilie și iaurtul.
Torni gelatina în fir subțire, amestecând ușor până o încorporezi pe toată.
Torni crema în cupe pe care le păstrezi la frigider pentru cel puțin o oră. Înainte de a aduce crema la masă, decorezi cu rondelele de ananas, frunzele de mentă și cu puțină frișcă neîndulcită.

1 PORȚIE CONȚINE:

145 KCAL, 10 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 20 G GLUCIDE

Turtițe cu fulgi de ovăz

35 minute | 16 bucăți

INGREDIENTE:

100 g unt
3 linguri nectar sau suc proaspăt de mere
200 g fulgi de ovăz
1 lingură unt

CUM PROCEDEZI:

Topești untul la foc mic, în nectarul de mere. Iei vasul de pe foc și pui fulgii de ovăz. Omogenizezi și lași puțin în repaus, pentru ca fulgii să absoarbă untul și nectarul. Cu mâinile unse cu ulei, formezi mici sfere pe care le aplatizezi ușor și le așezi în tava unsă cu ulei. Introduci tava în cuptorul preîncălzit, la foc mic, pentru 10-15 minute, până când se rumenesc, dar rămân moi în interior.
După ce s-au răcit complet, le servești la micul dejun, cu un ceai alături.

1 BUCATĂ CONȚINE:

100 KCAL, 5 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 10 G GLUCIDE

Salată de crudități

15 minute 6 porții

INGREDIENTE:

1 țelină mică
2 morcovi
1 măr mare
2 gulii
500 g conopidă
500 g broccoli
sare de mare
2 linguri ulei măsline
1 grepfrut roșu mare

CUM PROCEDEZI:

Cureți și speli legumele. Dai pe răzătoarea mare țelina, morcovii, mărul și guliile. Desfaci buchețelele de conopidă și broccoli crude. Amesteci într-un castron toate legumele, presari puțină sare și le stropești cu uleiul și zeama de grepfrut. Servești salata imediat.

1 PORȚIE CONȚINE:
140 KCAL, 5 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 15 G GLUCIDE

Rasol de pui cu sos alb

45 minute | 6 porții

INGREDIENTE:

500 g ciocănele de pui fără piele
1 morcov
100 ml lapte
10 g făină
5 g unt
1 legătură mărar
1 praf de nucșoară

CUM PROCEDEZI:

Pui la fiert ciocănelele, în apă clocotită. Îndepărtezi spuma care se formează la începutul fierberii, apoi adaugi în oală și morcovul.

Pentru sos, dizolvi făina în laptele rece și le pui la fiert împreună, la foc mic, amestecând continuu, ca să nu se formeze cocoloașe. Când sosul alb s-a îngroșat, adaugi nucșoara, untul și mărarul fin tocat. Stingi focul după câteva clocote.

Servești ciocănelele calde, cu sosul alb deasupra, decorând porția cu felioare de morcov.

1 PORȚIE CONȚINE:
275 KCAL, 25 G PROTEINE, 15 G LIPIDE, 10 G GLUCIDE

Ciorbă cu broccoli și zer

30 minute | 10 porții

INGREDIENTE:

500 g broccoli
3 ardei grași
¼ țelină
1 legătură ceapă verde
500 ml zer
1 lingură ulei de măsline
1 morcov
50 g fidea
1 roșie
1 legătură pătrunjel
sare

CUM PROCEDEZI:

Desfaci buchețelele de broccoli. Cureți ardeii, țelina, morcovul și ceapa. Decojești roșia. Speli legumele, apoi le tai după preferință și le pui la fiert în 1 l apă ușor sărată, în următoarea ordine: morcovul, țelina, ardeii, broccoli, ceapa și roșia.
După 10 minute, pui fideaua, iar după alte 2 minute, torni zerul, sărezi ciorba după gust și mai lași să dea în câteva clocote. Stingi focul și acoperi oala cu un capac.
Repartizezi ciorba caldă în farfurii și o servești presărată cu pătrunjel fin tocat.

1 PORȚIE CONȚINE:
65 KCAL, 5 G PROTEINE, 3 G LIPIDE, 10 G GLUCIDE

Bruschete cu somon

15 minute | 10 porții

INGREDIENTE:

250 g file de somon afumat
2-3 fire ceapă verde
1 legătură mărar
2 linguri ulei de măsline
1 bagheta mică
50 g măsline dietetice verzi
1 lămâie

CUM PROCEDEZI:

Cureți și speli ceapa verde. Tai mărunt fileurile de somon afumat, ceapa verde și mărarul, păstrând câteva fire pentru ornat. Amesteci într-un bol ingredientele.
Tai bagheta în felii, pe care le prăjești pe grătar sau într-o tigaie teflonată, fără ulei.
Când sunt încă fierbinți, le stropești pe o parte cu ulei de măsline și repartizezi amestecul cu somon pe feliile de pâine. Decorezi cu felii de măsline, frunze de mărar verde și rondele de lămâie.

1 PORȚIE CONȚINE:

85 KCAL, 9 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 10 G GLUCIDE

Pastă tartinabilă cu germeni de grâu

10 minute | 4 porții

INGREDIENTE:

250 g brânză dulce dietetică, urdă sau ricotta
3 morcovi
1 lingură germeni de grâu
1 lingură ulei de măsline
2 fire ceapă verde
1 linguriță zeamă de lămâie
sare

CUM PROCEDEZI:

Cureți morcovii și ceapa, apoi le speli. Dai morcovii pe răzătoarea mică, iar ceapa o tai cât mai mărunt. Stropești morcovii cu zeama de lămâie. Dacă folosești urdă, o pasezi printr-o sită. Amesteci într-un castron sau în robotul de bucătărie ingredientele și sărezi puțin pasta. O servești la micul dejun, pe rondele de cereale expandate sau pe felii de graham sau seara, în cupe de ardei ori castraveți.

1 PORȚIE CONȚINE:
115 KCAL, 10 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 5 G GLUCIDE

Bomboane cu cereale

40 minute | 25 bucăți

INGREDIENTE:

150 g stafide
200 g miez de nucă
250 g fulgi de ovăz
300 ml lapte de soia
coaja rasă de la 1 portocală
20 g nucă cocos pentru decor

CUM PROCEDEZI:

Încălzești laptele de soia și opărești fulgii de ovăz, apoi îi lași să se înmoaie timp de 20 de minute. Macini fin miezul de nucă. Dai prin mașina de tocat stafidele și fulgii de ovăz. Le amesteci cu nuca măcinată, coaja de portocală și omogenizezi compoziția.
Cu mâinile umede, formezi sfere de mărimea unei nuci, pe care le rostogolești prin nuca de cocos. Consumi bomboanele a doua zi, după ce le-ai păstrat la rece.

1 BUCATĂ CONȚINE:
135 KCAL, 5 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 16 G GLUCIDE

SFATUL NOSTRU: Dacă dorești bomboane mai dulci, adăugând compoziției o lingură de miere, vei mări și efectul laxativ.

* Rețetă recomandată în constipație.

Supă-cremă de sparanghel

35 minute 6 porții

INGREDIENTE:

800 g sparanghel
100 g ceapă
200 ml lapte
2 ouă
70 g unt
1 lingură făină
¼ legătură pătrunjel verde
3-4 g sare
1 l apă

CUM PROCEDEZI:

Cureți sparanghelul, apoi tai fiecărei tulpini câte un vârf de 2 cm. Fierbi vârfurile separat, păstrându-le pentru decor. Cureți ceapa și o speli. Fierbi ceapa timp de 5 minute, apoi adaugi tulpinile de sparanghel și continui fierberea pentru alte 10 minute. Pasezi sparanghelul și ceapa. Dizolvi făina în laptele rece. Le fierbi la foc mic, iar când sosul se îngroașă, îl subțiezi cu supa în care au fiert legumele. Adaugi piureul de legume și untul și pui din nou supa să fiarbă la foc mic.
Sărezi supa după indicațiile medicului, stingi focul și încorporezi gălbenușurile. După ce ai omogenizat supa, o servești fierbinte, decorând porțiile cu vârfuri de sparanghel și verdeață tocată.

1 PORȚIE CONȚINE:
115 KCAL, 10 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 10 G GLUCIDE

Omletă de albușuri cu spanac

25 minute | 2 porții

INGREDIENTE:

4 albușuri
75 ml lapte degresat
200 g spanac
20 g făină
10 ml ulei

CUM PROCEDEZI:

Cureți spanacul și îl opărești, apoi îl scurgi și îl tai mărunt.
Bați albușurile spumă cu o furculiță, apoi încorporezi făina și subțiezi compoziția cu lapte, amestecând pentru omogenizare. Ungi tigaia cu uleiul, o încingi și torni în strat uniform jumătate din compoziția cu albușuri. O coci la foc mic, iar când începe să se închege, torni compoziția rămasă, în care ai încorporat spanacul. Întorci omleta ca pe clătite și o servești caldă.

1 PORȚIE CONȚINE:
160 KCAL, 15 G PROTEINE, 5 G LIPIDE, 15 G GLUCIDE

Gelatină de mere

1h | 2 porții

Rețetă recomandată de Sweet & Safe

INGREDIENTE:

3 mere (600 g) renet sau creștești
coaja rasă de la 1 lămâie
1 plic (10 g) gelatină
1 plic îndulcitor Sweet & Safe
scorțișoară măcinată

CUM PROCEDEZI:

Speli merele, le decojești, le tai în felii groase și le fierbi în apă cât să le acopere, până când se înmoaie. Înmoi gelatina în 50 ml apă rece. Scurgi merele și le pasezi. În 2-3 linguri de zeamă, adaugi îndulcitorul, iar în restul de zeamă dizolvi gelatina. Amesteci piureul de mere cu zeama în care au fiert îndulcitorul, coaja de lămâie și scorțișoară după gust. Omogenizezi și torni jeleul în cupe. Îl dai la frigider pentru 30 de minute, până se încheagă, apoi îl răstorni pe farfurii și îl servești.

1 PORȚIE CONȚINE:
185 KCAL, 3 G PROTEINE, 0 G LIPIDE, 30 G GLUCIDE

Sweet & Safe

Fără zahăr, fără griji!

Caută produsele Sweet&Safe ce conțin îndulcitor natural pe bază de Stevia cu 0 calorii, 0 indice glicemic și cu ingrediente 100% naturale.
Produsele Sweet&Safe sunt speciale întrucât păstrează același gust dulce cu al zahărului, mulțumită tehnologiei prin care sunt realizate.
Încearcă și tu deserturile Sweet&Safe, precum ciocolata amăruie, cu lapte, crema tartinabilă sau îndulcitorii potriviți pentru orice ocazie!
Caută produsele Sweet&Safe în magazinele din toată țara la rafturile pentru diete speciale sau în magazinele naturiste.
www.sweetandsafe.com

Informații despre frumusețe și îngrijire, despre ultimele tendințe în modă, despre menținerea sănătății tale și a familiei, mărturisiri ale vedetelor și ale femeilor cu povești inspiraționale de viață, tot ce e mai nou în realitatea de zi cu zi, toate le găsești în fiecare număr al revistei **Femeia.**!

o revistă lunară pentru femei ca tine: curajoase, istețe și iubitoare!

FEMEIA.

Prima revistă pentru femei din România. Din 1868.

www.femeia.ro

O revistă editată de
BurdaInternational RO

IMPORTANȚA DIETEI
și rolul nutriționistului

ODATĂ PRIMIT DIAGNOSTICUL DE DIABET, O MULȚIME DE ÎNTREBĂRI, GRIJI ȘI ANGOASE ÎȚI PRIND ÎN CHINGI MINTEA ȘI SUFLETUL. PENTRU A-TI FI CÂT MAI USOR SĂ CONSTIENTIZEZI CARE SUNT RĂSPUNSURILE REFERITOARE LA IMPORTANȚA DIETEI ȘI A ACTIVITĂȚII FIZICE, DAR ȘI CARE ESTE ROLUL NUTRIȚIONISTULUI ȘI CÂND ESTE BINE SĂ APELEZI LA EL, AM VORBIT CU PROF. DR. ANTOANETA CREȚU, DE LA FACULTATEA DE KINETOTERAPIE, U.N.E.F.S BUCUREȘTI.

PROF. DR. ANTOANETA CREȚU,
Facultatea de Kinetoterapie, U.N.E.F.S București

TEXT DE **ANCA ARDELEANU**

Pacientul diagnosticat cu diabet trebuie să afle și să rețină de la medicul său curant dacă sunt alimente pe care le poate consuma fără restricții cantitative și care sunt acelea. Cadrul medical îi va detalia și alimentele pe care le poate consuma în cantități limitate (obligatoriu cântărite), cât și alimentele pe care trebuie să le evite. Atenție! Medicul care va face aceste precizări trebuie să fie cel care a stabilit diagnosticul, tipul de diabet, eventualele boli asociate și care monitorizează tratamentul.

DIETA CA TRATAMENT

„Pentru că diabetul este o boală cronică ce își are majoritar cauza în dereglările metabolismului glucidic, dieta este esențială în evoluția bolii. Ea face parte din tratamentul complex, iar uneori, în cazul diabetului de maturitate, insulinoindependent, dieta este suficientă pentru a ține boala sub control, fără a fi necesară medicație

În lupta cu diabetul ai nevoie de ajutor!

Uneori, în lupta cu diabetul, doar regimul alimentar nu este suficient. Folosește Diabrot, un produs natural eficient în ținerea glicemiei sub control! Are o triplă acțiune datorată efectelor conjugate ale vitaminelor, mineralelor și extractelor din plante:

- asigură nivelul optim al glicemiei
- protejează pancreasul
- combate lipsa de vitamine și minerale specifică regimului impus în cazul diabetului de tip II

Sute de persoane beneficiază zilnic de suportul adus de Diabrot Forte. Caută-l și tu în magazinele naturiste din toată țara și în farmaciile selecționate. Află mai multe pe **rottanatura.com** sau la 021 323 08 00.

hipoglicemiantă", ne-a explicat prof. dr. Antoaneta Crețu, de la Facultatea de Kinetoterapie, U.N.E.F.S București.

Specialista a spus și că atunci când vorbim de dieta diabeticului, nu vorbim doar de alimente permise, restricționate sau interzise, ci și de un program alimentar corect, scopul esențial fiind acela de a proteja pancreasul responsabil de secreția de insulină.

Totodată, medicul a mai spus și că indicațiile terapeutice, inclusiv cele dietetice, sunt de competența medicului diabetolog, care monitorizează pacientul, și nu a altui medic.

„Sfaturile alimentare» nu sunt utile decât dacă vin din partea unor persoane cu pregătire de specialitate în domeniul bolilor metabolice și de nutriție: medici, în principal, dar și tehnicieni nutriționiști", a completat prof. dr. Antoaneta Crețu.

FOTO: 123RF

ROLUL NUTRIȚIONISTULUI

În situația în care există un diagnostic prezumptiv de boală metabolică/boală de nutriție, medicul de familie are obligația de a orienta pacientul către un medic specialist care să stabilească diagnosticul. Totodată, medicul de familie sau diabetologul poate face recomandări privind o alimentație echilibrată atunci când sesizează dezechilibre ponderale sau aspecte clinice care sugerează dezechilibre nutriționale.

Prescrierea unui regim alimentar personalizat, în corelație cu tabloul clinic și paraclinic al unui bolnav, este strict de competența medicului nutriționist. Acesta va recomanda unui bolnav de diabet o dietă personalizată.

„Se vor efectua și analize individualizate, în funcție de boala principală, dar și de cele asociate, realizând tabloul paraclinic al pacientului. Nu degeaba se spune că medicul nu tratează boala, ci bolnavul, care, de regulă, prezintă un ansamblu patologic. Este vorba de determinări uzuale care se fac din probe de sânge sau urină, cum ar fi: glicemia, glicozuria și profilul lipidic (trigliceridele, colesterolul total și fracțiile lui – HDL și LDL), dar și determinări de fineță, cum ar fi, testul de toleranță la glucoză," ne-a spus specialistul de U.N.E.F.S București.

BENEFICIILE SPORTULUI

Activitatea fizică acționează benefic la diabetici, prin creșterea utilizării glucozei în periferie, ceea ce duce la scăderea glicemiei. *„Totuși, bolnavul diabetic cu activitate fizică de intensitate medie-mare, sistematică și mai ales bolnavul insulinodependent trebuie atent monitorizat pentru a nu se ajunge la destabilizarea metabolismul glucidic sau la coma hipoglicemică. Inclusiv pacienților cu diabet și boli cardiovasculare asociate le este recomandat adoptarea unui stil de viață corect, în care să se regăsească și activitatea fizică. Se optează pentru: mersul pe jos 30–45 de minute zilnic, mersul pe bicicletă de 2–3 ori pe săptămână. Activitatea fizică trebuie să se desfășoare în condiții de efort cu caracteristici controlate (durată, volum, intensitate, densitate) și să se adapteze la capacitatea funcțională și de efort a pacientului,"* a încheiat specialistul.

Antoaneta Crețu consideră că pentru păstrarea stării de sănătate sunt esențiale **trei principii:**

➔ **menținerea echilibrului ponderal, evidențiat prin păstrarea unei greutăți optime, care să ne permită performanțe psihofizice maxime.**

➔ **alimentație echilibrată din punct de vedere calitativ și cantitativ.**

➔ **practicarea constantă a unei forme de activitate fizică de tip sportiv, adaptată vârstei, stării de sănătate și capacității de efort a fiecărui pacient în parte.** ❑

CUM ELIMINI GRĂSIMEA ABDOMINALĂ?

Iată 4 alimente care te vor ajuta să scapi de grăsimea abdominală.

TEXT **ANCA ARDELEANU**

ORICÂT AI ÎNCERCA SĂ LE IGNORI, KILOGRAMELE ÎN PLUS ÎȚI DAU BĂTĂI DE CAP ȘI TE SUPĂRĂ. CU ATÂT MAI MULT, DACĂ AI ȘI TALIA DESTUL DE ÎNGROȘATĂ, LUPTA TA CU REMODELAREA VA FI DE LUNGĂ DURATĂ.

EXISTĂ ȘI O VESTE BUNĂ, ȘI ANUME, FAPTUL CĂ POȚI CONSUMA ALIMENTE CARE TE VOR AJUTA SĂ ELIMINI GRĂSIMEA ABDOMINALĂ ÎNTR-UN MOD SĂNĂTOS ȘI DE DURATĂ. TOT CE TREBUIE SĂ FACI ESTE SĂ LE MĂNÂNCI CÂT MAI DES ȘI SĂ PERSEVEREZI ÎN ÎNCERCAREA DE A ELIMINA SURPLUSUL DE KILOGRAME ACUMULATE INESTETIC. ÎN PLUS, NU TREBUIE SĂ NEGLIJEZI ACTIVITATEA FIZICĂ SAU SPORTUL PE CARE ÎL POȚI PRACTICA LA SALĂ.

FOTO: 123RF

ARDEIUL GRAS

Sunt studii care au demonstrat că ardeii graşi sunt o sursă de vitamina C, aceasta ajutând la revenirea la normal a concentraţiei de cortizol după o situaţie stresantă. Odată eliminaţi aceşti hormoni de stres din organism, tu vei avea mai multă voinţă şi putere de a lupta cu depunerea stratului adipos pe burtă. Bine de reţinut este şi faptul că în afară de ardeii graşi, surse importante de vitamina C poţi găsi şi în portocale sau în kiwi.

AFINE ȘI COACĂZE NEGRE

Chiar dacă marele beneficiu al coacăzelor este efectul antiinflamator, acestea ajută și la reducerea grăsimii abdominale. Aceleași proprietăți le au și afinele. În plus, acestea ajută tranzitul intestinal și curăță colonul de reziduurile acumulate. Dar poate cel mai relevant este faptul că există studii care arată că un consum moderat de afine, dar și de coacăze îți poate fi de real ajutor atunci când dorești să elimini surplusul de grăsime care s-a depus pe abdomen. Astfel, o cercetare efectuată de specialiști ai Universității Michigan arată că un consum regulat de afine, dar și de coacăze te poate ajuta și în curele de slăbire, precum și în scăderea masei ficatului. Cercetarea a fost făcută timp de trei luni pe șoarecei care au fost hrăniți cu coacăze, iar la finalul experimentului s-a constatat acestora li s-a redus grăsimea abdominală. De asemenea, antioxidanții și fibrele din afine ajută organismul să dizolve colesterolul, de aceea afinele sunt benefice în problemele metabolice. Mai mult, concentrația de trigliceride din sânge a scăzut și a crescut sensibilitatea la insulină, ceea ce înseamnă că aceste delicioase fructe ajută la prevenirea bolilor cardiovasculare și a diabetului de tip 2.

GREPFRUT

Există studii care susțin că, dacă o persoană care are probleme cu greutatea, este obeză, și consumă jumătate de grepfrut sau un pahar de suc proaspăt stors înaintea celor trei mese principale, va obține o scădere semnificativă a greutății corporale și a circumferinței taliei. Acest lucru se poate explica prin conținutul ridicat de apă al acestui fruct, ceea ce i-a ajutat pe participanții la studiu să se simtă sătui și să înjumătățească porțiile consumate. De asemenea, grepfrutul are proprietăți diuretice, care favorizează eliminarea surplusului de apă din organism.

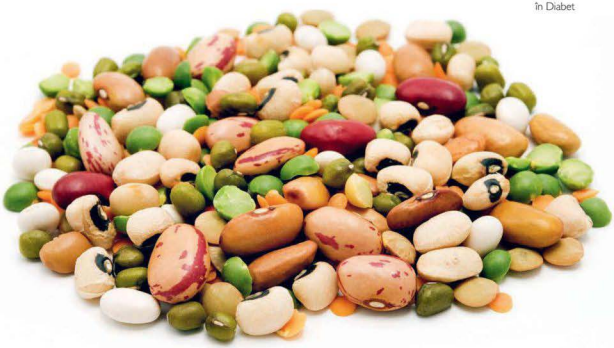
NUCI

Nucile reprezintă cea mai bună sursă vegetală de acizi grași omega-3. Acești acizi grași nu numai că sunt nutrienți cu proprietăți antiinflamatoare, dar ei ajută și la reglarea concentrațiilor de hormoni de stres. Când hormonii de stres, cum este cortizolul, sunt în concentrații mari în corp, pot determina organismul să acumuleze mai multă grăsime, în special pe abdomen. Important de reținut este faptul că o dietă bogată în acizi grași omega-3 poate preveni concentrațiile mari de cortizol sau de alți hormoni de stres și grăsimea nu se va mai acumula pe abdomen, așa că poți mânca nuci când dorești.

SURSE VEGETALE DE PROTEINE

și beneficiile lor în alimentația sănătoasă

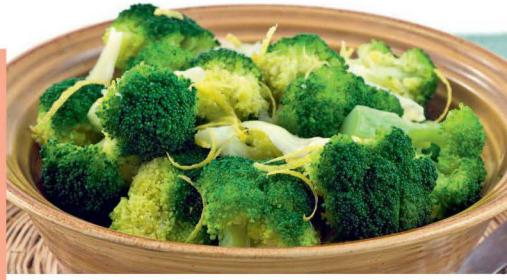
CORNELIA BALA
Șef lucrări UMF „Iuliu Haţieganu" Cluj-Napoca. Președinte Asociația Română de Educație în Diabet



Proteinele, care sunt denumite și „cărămizile vieții", joacă un rol extrem de important în natură și organismul uman. Rolul proteinelor este de a se descompune în aminoacizi, pentru a facilita creșterea și repararea celulelor, intră în componența diverselor enzime și hormoni și au rol de a produce energie în anumite situații deosebite (când glucidele și grăsimile nu sunt disponibile). Proteinele au nevoie de un timp mai îndelungat pentru digestie decât carbohidrații, mențin un nivel mai ridicat al sațietății, iar pentru digestia lor se consumă mai multe calorii. Pe parcursul dietelor restrictive, consumul de proteine ajută la menținerea masei musculare.

Cele mai cunoscute surse de proteine sunt cele de proveniență animală: carne, pește, fructe de mare, lactate, ou. Din păcate produsele animale precum carnea și brânzeturile pot fi bogate în grăsimi saturate și colesterol. Pentru a evita acest inconvenient putem alege alte surse de proteine, precum cele de proveniență vegetală, care prin conținutul redus de colesterol și grăsimi saturate și prin conținutul ridicat de fibre, vitamine, minerale, acizi grași omega 3 și 6 pot promova un stil de viață sănătos. Deși proteinele de proveniență vegetală sunt o alternativă sănătoasă, în unele cazuri acestea nu pot oferi un profil al aminoacizilor esențiali (aminoacizi care nu pot fi sintetizați de organismul uman) complet și de aceea este indicată asocierea acestora pentru a evita anumite carențe.

FOTO: 123RF

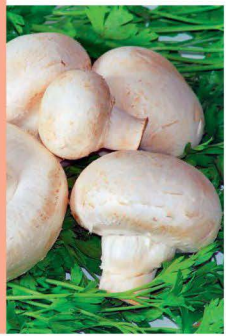


MAZĂREA USCATĂ, este un fosrte bun exemplu de sursă de proteină vegetală. 100 grame de mazăre gătită conțin 9 grame de proteine și numai 118 kcal. Încercați să o consumați și amestecată într-un blender împreună cu muguri de pin prăjiți și ulei de măsline.

LINTEA (roșie, verde, neagră) este și ea o sursă bună de proteine, cu conținut nutrițional asemănător cu fasolea și mazărea uscată.

Altă sursă care oferă proteine de o înaltă calitate, cunoscută și des întâlnită în bucătăriile noastre, o reprezintă **CIUPERCILE**. Diversele soiuri, cu texturi și gusturi diferite, permit o dietă variată din punct de vedere gastronomic. Oferă nutrienții care se găsesc adesea în carne sau leguminoase. Sunt sărace în calorii, nu conțin grăsimi, colesterol și gluten, au un conținut foarte scăzut în sodiu și sunt foarte bogate în seleniu, potasiu, riboflavină, niacină, vitamina D și antioxidanți.

Aduc în dieta noastă 3 grame de proteine și 22 kcal la 100 de grame. O mare atenție însă trebuie acordată sursei de unde le procurăm, datorită riscului de a consuma ciuperci otrăvitoare care pot produce intoxicații fatale!



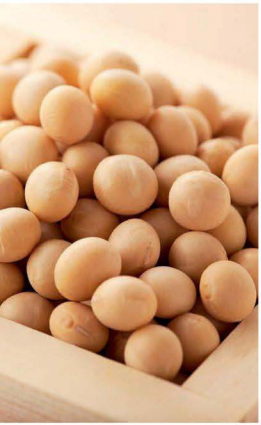
O sursă perfectă de proteine este **QUINOA,** o cereală care are un conținut de 4,5 grame de proteine pentru 100 de grame de produs gătit, include toți cei 9 aminoacizi esențiali de care are nevoie organismul și are un conținut de 21 de grame de carbohidrați. Quinoa poate fi folosită la micul dejun (adăugată în lapte sau iaurt), în supe și la salate. Necesită fierbere înainte de a fi consumată. Alte cereale bogate în proteine vegetale, carbohidrati, fibre, vitamine și minerale sunt ovăzul, orzul și hrișca.

SEITANUL este un produs obținut din gluten, principala proteină existentă în grâu, și este o alternativă la carne sau tofu. Este un preparat găsit în bucătăria Japoniei, Chinei și Vietnamului, în zona noastră fiind mai degrabă o curiozitate. Are aspectul cărnii de rață și gustul cărnii de pui și poate fi gătit prin fierbere, înăbușire sau (nerecomandat) prin prăjire. Are un aport de proteine de 75 grame pentru 100 de grame produs.

LEGUMINOASELE (care includ fasolea boabe, mazărea uscată, lintea, năutul) constituie o sursă bună de proteine vegetale.

Există foarte multe soiuri de **FASOLE** care pot fi consumate: fasolea clasică, fasolea neagră, fasolea „Black-eyed peas", fasolea Northern, Cranberry, Adzuki, Cannellinni, Pinto, fasolea albă Lima, toate având în comun cantități semnificative de proteine. 100 grame de fasole boabe fiartă au în jur de 7 grame de proteine și un conținut de 120 kcal. Sunt bogate în magneziu, acizi grași esențiali omega-3, potasiu, fibre.

De asemenea, **NĂUTUL** este o altă alternativă gustoasă, bogată în fibre și puține calorii. Poate fi folosit la salate (boabe fierte) sau consumat ca pastă – faimosul hummus. El conține 9 grame de proteine, 27 grame de carbohidrați și 164 kcal pentru 100 grame produs fiert.



ALUNELE, NUCILE, CAJUL, FISTICUL ȘI ARAHIDELE conțin o cantitate importantă de proteine vegetale și acizi grași mono și polinesaturați.
Au o densitate calorică importantă cu un conținut de 580 kcal și 21 g proteine la 100 g.
Untul de arahide este o alternativă gustoasă, dar trebuie să fim atenți pentru a-l alege pe cel de calitate superioară, fără uleiuri hidrogenate și zahăr adăugat și cu aceeași atenție la caloriile conținute.
O porție din aceste alimente nu trebuie să depășească 30 de grame.

CÂNEPA, cunoscută pentru fabricarea hârtiei și a funiilor, este mai puțin folosită ca alternativă foarte bogată în proteine vegetale (31,5 g/100 g sau 9 g la o linguriță), 20 de aminoacizi printre care și cei 9 aminoacizi esențiali. Ea poate fi consumată sub formă de semințe sau pudră de cânepă. Poate fi adăugată în produse de panificație, alături de cereale, pesto și în smoothie-uri. Pentru a aduce un surplus de proteine în dietă și o cantitate mai mică de calorii, laptele de cânepă poate înlocui cu succes laptele de vacă.

SOIA este un alt aliment cu o densitate nutritivă foarte bună. Proteina din soia este considerată a avea același indice de calitate ca și proteinele animale.

TEMPEH și **TOFU** sunt alimente produse din soia prin fermentare, care au printre cele mai ridicate procente de proteine vegetale. Conținutul în proteine este în jur de 20 de grame pentru 100 grame de produs care aduce numai 116 kcal. Au o valoarea nutrițională foarte mare, un gust și o textură deosebite. **EDAMAME**, cum sunt numite „eda-ramură, mame-boabe," este produs din boabele imature de soia, așa cum apar în mod natural. Este preparat prin fierbere sau la aburi. Se găsește în bucătăria Chinei, Japoniei, Koreei și în Hawaii. Are un conținut de 9 grame de proteine pentru 100 grame și numai 121 kcal. Se poate folosi ca gustare, aperitiv, în salate sau în paste.

SEMINȚELE DE CHIA sunt o specie care face parte din aceeași familie cu menta, provenite din sudul Mexicului și Guatemala, care au fost cultivate de azteci. Sunt bogate în acizi grași omega 3, acidlinoleic, vitamine din grupul B, niacina, calciu, magneziu, fier, fosfor, zinc. Pot fi folosite în salate, în iaurt, împreună cu fulgi de ovăz sau în smoothie-uri. Au un conținut ridicat de proteine, de 17 g, cu înaltă valoare biologică pentru 100 grame de semințe.

Nu trebuie să discreditâm nici celelalte semințe, precum **SUSANUL, SEMINȚELE DE FLOAREA - SOARELUI, SEMINȚELE DE MAC** care pot avea un aport important de proteine în alimentație. În cazul susanului, pentru o porție de 30 de grame, cantitatea de proteine este de 6 grame, semințele de floarea-soarelui au un aport de 7 grame, iar cele de mac, 5,5 grame de proteine. Totuși conținutul caloric mare (cu excepția macului) poate fi un dezavantaj.

LAPTELE DE PROVENIENȚĂ VEGETALĂ (mai corect, băuturi obținute din vegetale), în afara faptului că reprezintă o alternativă pentru cei cu intoleranță la lactoză, are un aport important de proteine. În cazul laptelui de soia, o cană de 200 ml ne oferă în jur de 4 până la 8 grame de proteine, iar în cazul laptelui de migdale, orez, orz și cănepă, aportul este de 1 gram. **HORCHADA** este o băutură de orz bine cunoscută celor care vizitează Spania, folosită ca alternativă la băuturile răcoritoare.

E bine de știut că:

PUDRA DE CACAO neîndulcită poate fi o alternativă gustoasă care aduce proteine în alimentație. Poate fi folosită la gătit, la prăjituri sau împreună cu laptele de proveniență vegetală, pentru a realiza o băutură gustoasă, care poate înlocui desertul sau poate fi folosită după eforturile intense.

PUDRA DE ROȘCOVE este o alternativă a pudrei de cacao, care își are originea în bazinul Mării Mediterane. Înrudită cu fasolea, lintea, soia și mazărea, este o proteină vegetală completă și o sursă impresionantă de antioxidanți, fibre, fier, calciu, magneziu, cupru, vitamine din complexul B. În comparație cu cacao, pudra de roșcove are un gust plăcut, dulceag, datorită conținutului în zaharuri asemănător celui din fructe. Poate fi folosită în deserturi, ca îndulcitor natural, alături de laptele vegetal, în aluaturi și creme, ca substituient de cacao. O linguriță de pudră de roșcove conține 0,4 grame de proteine și 5 g glucide, pentru numai 17 kcal.

Alimentele vegetale bogate în proteine pot fi integrate cu succes în alimentația persoanelor cu diabet, având toate avantajele prezentate mai sus. Trebuie ținut cont doar de câteva aspecte. Conținutul în glucide este de aproximativ 20 g la 100 g aliment gătit în cazul leguminoaselor uscate și cerealelor de tipul quinoa, similar conținutului de glucide al pastelor făinoase, orezului sau cartofilor și trebuie calculat în cadrul necesarului zilnic de glucide. Restul surselor de proteine menționate mai sus nu conțin cantități mari de glucide, astfel încât pot fi consumate în cantități moderate fără a influența controlul glicemic.

Ai grijă de pancreas!

PANCREASUL ESTE ORGANUL LOCALIZAT ÎN SPATELE STOMACULUI, CARE ESTE RESPONSABIL DE SECRETIA UNOR SUCURI ATÂT DE NECESARE DIGESTIEI. DE CELE MAI MULTE ORI, AVEM OBICEIUL DE A-L NEGLIJA PÂNĂ ÎN CLIPA ÎN CARE SE ÎMBOLNĂVEȘTE. MEDICII AVERTIZEAZĂ CĂ DACĂ PANCREASUL TĂU VA FI PLIN DE TOXINE, ESTE POSIBIL SĂ TE PRICOPSEȘTI CU ANUMITE DEZECHILIBRE HORMONALE CARE POT DUCE INCLUSIV LA DIABET. DE ACEEA CEL MAI BINE ESTE SĂ-L PROTEJEZI!

TEXT **ANCA ARDELEANU**

Mai mult, cancerul pancreatic este o afecțiune destul de frecventă, în continuă extindere, depășind rata cancerului stomacal. Boala apare mai frecvent între vârstele de 50-70 de ani, cu o ușoară preponderență la bărbați. Datele statistice arată că în țările dezvoltate este mai des întâlnită, mai ales la persoanele cu diabet zaharat sau cu pancreatită cronică veche de peste 10 ani. De aceea, dacă ești diagnosticată cu pancreatită ai face bine să te tratezi la timp, în acest fel îți cresc șansele să nu faci cancer pancreatic.

Învață să ai grijă de pancreasul tău!

Mănâncă legume cât mai multe. Sigur ai auzit cât de benefic este consumul de broccoli în ceea ce privește prevenirea unor boli precum cancerul. Sunt studii care arată că acesta, împreună cu varza de Bruxelles și conopida au abilitatea de a inhiba dezvoltarea tumorilor pancreatice. Pentru a-ți proteja pancreasul împotriva bolilor, poți să mănânci o farfurie de broccoli fiert de două ori pe săptămână. Totodată, de ajutor îți pot fi și legumele proaspete, care au capacitatea de a stimula funcțiile pancreatice, de accea poți să mănânci cât mai mult spanac, urzici tinere, tomate, vinete, ridichi, praz, castraveți, fasole verde.

Elimină alimentele nesănătoase din dieta ta zilnică.

Prăjelile, alimentele procesate, făina rafinată, zaharurile, produsele alimentare industriale și băuturile carbogazoase intră în categoria alimentelor care ne fac rău. Medicii susțin că o alimentație deficitară este una din principalele cauze ale cancerului pancreatic. De asemenea, nu uita să eviți pe cât posibil băuturile alcoolice.

Detoxifică pancreasul.

Dacă vrei să fii sănătoasă/sănătos este indicat să-ți detoxifiezi periodic pancreasul. Nici nu trebuie să faci mare lucru, poți începe prin a bea cât mai multă apă/lichide zilnic. De asemenea, important este și să ai o dietă bogată în antioxidanți. Cu alte cuvinte, consumă cât mai multe fructe: kiwi, mango, căpșuni, cireșe, piersici, caise, mere, prune, gutui, afine, coacăze negre și roșii, lămâi, portocale, mandarine, banane, cătină albă, alune, nuci. Le poți consuma fie proaspete, fie în sucuri naturale pe care este bine să le bei pe stomacul gol.
Și plante precum arnica, menta, păpădia, pelinul, traista-ciobanului, urzica vie și valeriana te pot ajuta în detoxifierea pancreasului.

UZ EXTERN

De folos îți poate fi și unguentul de gălbenele. Unge-te cu acesta pe suprafața abdomenului dacă ai dureri.

COMPLICAȚIILE DIABETULUI

IMPORTANT ESTE SĂ AMÂNI CÂT MAI MULT TIMP ACESTE NEPLĂCERI CARE VIN LA PACHET CU DIABETUL.

FOTO: ISTOCK

GOGA IOAN-BOGDAN
fizioterapeut, administrator
„Terapie pentru Mișcare"
WWW.TERAPIEPENTRUMISCARE.RO

ROLUL ȘI IMPORTANȚA FIZIOTERAPIEI ÎN DIABET

Numărul din ce în ce mai crescut al pacienților cu diabet ne face să înțelegem că îngrijirea acestui tip de pacient trebuie să fie complexă și să nu cadă doar în responsabilitatea medicului, ci să fie realizată de o echipă complexă, formată din medic, asistent, psiholog, optometrist, podiatru, tehnician ortezist și fizioterapeut. Rolul acestei echipe multidisciplinare este de a asigura o calitate a vieții crescută pentru fiecare pacient.

Orice diabetic care a experimentat senzația de confort și relaxare după un masaj al unui fizioterapeut înțelege rolul acestui specialist în echipă. Mai mult, știm acum că activitatea fizică regulată și structurată conform unor principii terapeutice poate preveni apariția diabetului sau, în cazul instalării afecțiunii, poate regla nivelul de glucoză din sânge și menține greutatea optimă.

Fizioterapeutul va concepe un program de kinetoterapie specifică, bazându-se pe cunoștințele sale de anatomie, biomecanică și fiziopatologie. Un program ce va cuprinde atât „mișcări benefice," cât și informarea pacienților despre ce „mișcări" sunt contraindicate. De exemplu, alergarea în parc este extrem de benefică din punctul de vedere al sistemului cardiovascular și ajută reglarea nivelului de glucoză în sânge, însă presupune o suprafață dură (de cele mai multe ori beton), nerecomandată în cazul neuropatiei diabetice perifice, când trebuie evitate orice tip de supralicitările la nivelul plantei. În încercarea de a preveni debutul diabetului sau pentru a-i opri evoluția, un fizioterapeut te va consilia cu privire la rolul activității fizice în reducerea grăsimii corporale și în îmbunătățirea modului în care organismul procesează glucoza. Ambele sunt

factori-cheie în gestionarea diabetului zaharat.

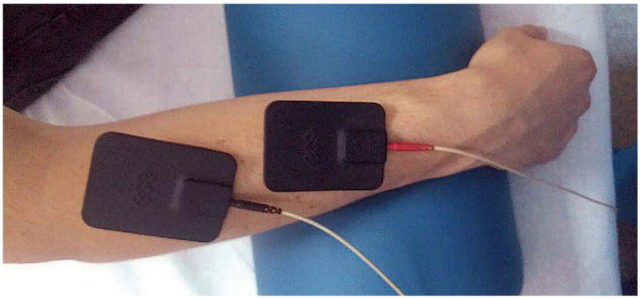
Un studiu realizat de prof. dr. Daniel Umpierre publicat în Journal of American Medical Association (Jama) atestă că un program de kinetoterapie ce combină exerciții de tip aerob (bandă de alergat, bicicletă, stepper) cu exerciții de tip „contra unei rezistențe" (gantere, aparate multifuncționale ce tonifică diverse grupe musculare) având o durată de 150 minute pe săptămână (3 sedințe / săptămână), desfășurat pe o perioadă de 3 luni, a avut un efect extrem de benefic în reglarea glicemiei și a tensiunii arteriale.

În plus, durerea neuropată poate fi ameliorată prin electroterapie. Astfel, forme de curenți ca tens sau interferențial și-au dovedit eficacitatea în diminuarea senzațiilor de arsură sau tăiș datorate suferinței nervilor periferici în patologia diabetică.

Mai mult, datorită efectelor sale de inhibare la nivelul nervilor, electroterapia poate fi folosită în cazul sindromului „picioarelor neliniștite" împreună cu masajul. Instalându-se o stare de relaxare va dispărea senzația de tensiune și parestezziile (furnicăturile) din membrele inferioare.

Nu în ultimul rând, în cazul unei amputații (abordare terapeutică des întâlnită în cazul piciorului diabetic), fizioterapeutul va face echipă cu tehnicianul ortezist în concepe-rea, crearea și adaptarea protezei, având ca obiectiv clar recuperarea mersului printr-un program de kinetoterapie individualizat. ➜

FOTO: ARHIVA PERSONALĂ BOGDAN GOGA



IATĂ CÂTEVA INFORMAȚII CARE SUNT UTILE PACIENȚILOR CU DIABET:

➜ dacă nivelul de glucoză din sânge este mai mic de 100 mg/dl sau mai mare de 250 mg/dl, se va amâna programul de kinetoterapie.
➜ nu este indicat să faci mișcare nesupravegheat; totodată, este de preferat ca loc de desfășurare un cabinet de fizioterapie pentru a minimiza riscul unor traumatisme și pentru a avea acces imediat la cele necesare în caz de hipoglicemie sau hiperglicemie.
➜ dacă faci mișcare în spații deschise, să ai un act, o brățară prin care să se identifice rapid că ești o persoană cu diabet.
➜ să ai întotdeauna în apropiere o gustare (suc de portocale, lapte) în cazul unei hipoglicemii, iar ➜ dacă programul durează mai mult de 30 de minute îți recomandăm o mică gustare.
➜ mediul să aibă o temperatură confortabilă. Nu realiza programul de exerciții recomandat la temperaturi extreme.
➜ pacienții insulino-dependenți trebuie să evite exercițiile în orele de vârf al nivelului de insulină, iar pentru începerea programului kineticoterapeutic să treacă cel puțin o oră de la momentul injecției.
➜ evită realizarea exercițiilor noaptea.
➜ monitorizează-ți atât înainte, cât și după kinetoterapie nivelul de glucoză.
programul de kinetoterapie trebuie realizat la două ore după masă.

SĂNĂTATEA PICIOARELOR

DINCOLO DE PROBLEMELE OBIȘNUITE

APROXIMATIV ZECE MII DE PAȘI: ACESTA ESTE BILANȚUL ZILNIC PENTRU O PERSOANĂ CU PICIOARE SĂNĂTOASE. DE MULTE ORI IGNORATĂ, SĂNĂTATEA PICIOARELOR ESTE, ÎNSĂ, PUSĂ FRECVENT LA ÎNCERCARE. MAI GRAVE SAU MINORE, PROBLEMELE CARE AFECTEAZĂ SĂNĂTATEA PICIOARELOR NOASTRE SUNT NEAȘTEPTAT DE NUMEROASE: BĂTĂTURI, CALUSURI, AFECȚIUNI ALE TĂLPILOR PROVOCATE DE ÎNCĂLȚĂMINTEA NEPOTRIVITĂ, OBOSEALĂ, DURERE, COMPLICAȚII ASOCIATE DIABETULUI, AȘA CUM ESTE PICIORUL DIABETIC.

TEXT **NORINA GĂVAN, PREȘEDINTA ASOCIAȚIEI DE PODIATRIE**

FOTO: ARHIVĂ PERSONALĂ

Piciorul diabetic, fără intervenții de specialitate, poate să evolueze până în faza în care singura soluție rămâne amputarea. Dacă ne referim strict la diabet zaharat, în România, așa cum a arătat un studiu de specialitate, din numărul total de persoane cu diabet, aproximativ 14,85% prezintă deja un istoric de ulcerații la nivelul picioarelor, iar 3,60% au suferit amputații. Mai precis, în jur de 62 de amputații sunt efectuate în fiecare zi în rândul persoanelor cu diabet. Situația este îngrijorătoare, atât din punctul de vedere al calității vieții, care este puternic afectată, șansele unei amputații ulterioare crescând, dar și în contextul în care în România lipsesc specialiștii care ar putea trata eficient patologia picioarelor.

Este vorba despre podiatri, profesioniștii care asigură îngrijirea de specialitate în cazul diferitelor afecțiuni ale picioarelor în 19 țări din întreaga lume. În aceste locuri, podiatria este recunoscută ca ramură a medicinei. România nu se numără printre acestea, cel puțin deocamdată. Iar lipsa podiatrilor este puternic resimțită, mai ales în rândul persoanelor cu diabet, dacă ne gândim la această situație a amputațiilor.

În esență, podiatria se bazează pe măsuri terapeutice preventive, curative și de reabilitare a piciorului. Mai specific, podiatria se ocupă de tot ceea ce înseamnă îngrijirea piciorului, a gleznei, a tălpii, de tratarea problemelor care pot să apară la nivelul unghiei, al degetelor și al pielii. Dacă am face o paralelă, podiatrul este expertul la care o persoană ar trebui să apeleze în momentul în care este deranjată de o afecțiune la nivelul membrelor inferioare, așa cum apelează la stomatolog, atunci când are o problemă dentară.

Un podiatru este specialistul care este pregătit pentru gestionarea adecvată a unor afecțiuni specifice, precum piciorul atletic, artrita, bătăturile, piciorul plat, afecțiunile gleznei, infecțiile fungice, unghiile încarnate, fasciita plantară și, foarte important, ulcerațiile apărute la nivelul picioarelor persoanelor cu diabet.

Concret, asistența podiatrică include examinarea piciorului, a tegumentelor, a degetelor, a unghiilor, a tot ceea ce înseamnă picior, adică de la gleznă în jos și, de multe ori, de sub genunchi. În funcție de patologia constatată, se pot face, spre exemplu, teste de sensibilitate, screening de neuropatie, screening de arteriopatie, iar în cazul unei persoane cu diabet, evaluări ale riscului de picior diabetic. Podiatrul va face și evaluări biomecanice, va face operațiuni de debridare

FOTO: 123RF

(înlăturare) a bătăturilor (a țesutului mort), de debridare a ulcerațiilor (acestea sub observația unui medic); diferite tratamente de prevenire a piciorului diabetic, precum și tratamente specifice piciorului diabetic. Astfel, pe lângă evaluările specifice și diagnosticarea afecțiunilor, atribuțiile podiatrului implică și partea curativă.

Un alt capitol, puțin cunoscut, unde expertiza podiatrului este necesară, este alegerea corectă a încălțămintei, care poate fi un factor de risc pentru anumite boli ale picioarelor. În cazul persoanelor care se confruntă cu complicații cauzate de diabet, încălțămintea folosită este cu atât mai importantă. Podiatrul este cel care face recomandări în privința încălțămintei, care îl educă pe pacient în sensul în care acesta să știe să își verifice frecvent starea de sănătate a picioarelor.

Îngrijirea picioarelor și prevenirea apariției afecțiunilor și a complicațiilor la nivelul lor este, în primul rând, o responsabilitate a fiecărei persoane în parte, care vizează preocuparea pentru propria sănătate. Sunt gesturi simple pe care orice persoană le poate face, astfel încât să își monitorizeze picioarele. Orice semne suspecte, bătături, umflături, băsici, crăpături la nivelul călcâiului, la nivelul degetelor, trebuie tratate cu atenție. La fel și hidratarea picioarelor, astfel încât pielea să nu se usuce, evitând însă spațiul dintre degete. Desigur, picioarele care prezintă semne neobișnuite sau o anatomie particulară ar trebui să beneficieze de o atenție deosebită și să fie examinate de un specialist, deoarece sunt predispuse apariției unor probleme.

Dacă ne referim strict la piciorul diabetic, acesta poate fi prevenit prin teste simple, de screening de neuropatie diabetică și arteriopatie diabetică. De aceea, este imperios necesar ca pacienții cu diabet să fie descălțați, măcar o dată pe an, de către un medic diabetolog sau medic de familie. O ulcerație poate să apară în doar câteva zile, iar până la momentul respectiv, piciorul poate avea o anumită condiție anormală care trebuie investigată. Printr-o evaluare a piciorului de către podiatru, sau în prezent de un asistent medical cu competență în podiatrie, eventualele complicații pot fi prevenite. Podiatrul este singurul care are competențele necesare pentru a identifica simptomele specifice și a aplica măsurile curative care se impun.

Îngrijirea piciorului diabetic necesită o atenție aparte, iar asistența podiatrică este determinantă. În cazurile extrem de grave, când se ajunge la amputații, implicațiile nu mai țin doar de starea de sănătate a pacientului. Vorbim despre implicații sociale, economice, care, la nivelul sistemului public de sănătate nu sunt încă bine cunoscute și cuantificate. Se vorbește mereu despre costuri de tratament, dar vorbim foarte puțin despre costurile de prevenție. Chiar dacă, în contextul actual, prevenția poate fi inițial mai costisitoare decât tratamentul sau decât o amputație, pe termen lung înseamnă reducerea cheltuielilor asociate. Sunt studii care au arătat că îngrijirea piciorului diabetic este mai costisitoare decât primele cinci cele mai frecvente forme de cancer.

„Ne-am propus promovarea meseriei de podiatru și sublinierea importanței acestui expert în cadrul echipei multidisciplinare de îngrijire a persoanei cu diabet”

Norina Găvan
președinta Asociației de Podiatrie

De aceea, asigurarea accesului persoanelor cu diabet la asistență de specialitate, oferită de podiatri, ar trebui să fie una dintre prioritățile sistemelor de sănătate, în condițiile în care ne confruntăm cu o adevărată pandemie de diabet. Iar previziunile sunt mai mult decât îngrijorătoare – Federația Internațională de Diabet anticipează că până în 2040 numărul cazurilor de diabet, la nivel global, ar putea ajunge la peste 640 de milioane.

Din păcate, în România, nu există nici o educație susținută în ceea ce privește sănătatea picioarelor și o cultură în acest sens, în rândul populației. În primul rând, trebuie să conștientizăm nevoia îngrijirii de specialitate, prin personal medical specializat.

Asociația de Podiatrie a făcut, în ultimul an, primii pași pentru a dezvolta podiatria în țara noastră și pentru a forma profesioniști, care pot asigura o îngrijire corespunzătoare a picioarelor. Ne-am propus, încă de la început, promovarea meseriei de podiatru și sublinierea importanței acestui expert în cadrul echipei multidisciplinare de îngrijire a persoanei cu diabet, iar rezultatele sunt vizibile încet. În septembrie vom organiza primul curs de podiatrie din România, prin care vom instrui asistenți medicali pentru a dobândi cunoștințe teoretice specifice, iar apoi competențele specifice.

Este un pas important! În perspectiva obiectivului Asociației de Podiatrie, dorim să înființăm și să dezvoltăm meseria de podiatru în România – nu doar pentru profesioniștii din zona medicală, pentru care se deschid noi oportunități, ci mai ales pentru persoanele care au probleme majore legate de sănătatea picioarelor și care, în momentul de față, nu beneficiază de asistență de specialitate.

Sănătatea dinților și diabetul de tip 1

Diabetul este o tulburare a metabolismului cu care se confruntă tot mai mulți oameni din întreaga lume. Organizația Mondială a Sănătății estimează că numărul de pacienți care se confruntă cu această boală va crește constant în următorii ani.

TEXT **ANCA ARDELEANU**

După ce în 1985 doar 30 de milioane de oameni sufereau de diabet, studiile demonstrează că până în 2025 numărul total va ajunge cel puțin la 300 de milioane. Deși cercetătorii caută noi metode de tratament, Organizația Mondială a Sănătății și Federația Internațională a Diabeticilor agreează că elementul-cheie în această luptă rămâne găsirea unor mijloace prin care să se realizeze îmbunătățirea calității vieții.

Chiar dacă diabetul este o boală frecventă, fiecare pacient are nevoie de un tratament diferit, personalizat. De aceea, este recomandat ca fiecare persoană să se informeze constant, astfel încât să cunoască nu doar care sunt manifestările bolii, ci și mijloacele prin care își poate face viața mai ușoară, mai ales dată fiind viteza cu care evoluează medicina în timpurile noastre. O relație strânsă cu medicii specialiști poate fi unul dintre cele mai bune lucruri în acest sens.

DR. ION MELNIC, specialist în chirurgie dento-alveolară și coordonator al Clinicilor Dr. Melnic, **ne-a explicat nu doar care sunt cele mai frecvente probleme cu care se confruntă pacienții diagnosticați cu diabet de tipul 1, ci și ce pot face aceștia pentru a-și îmbunătăți sănătatea dentară.**

FOTO: ARHIVĂ PERSONALĂ DR. ION MELNIC

IATĂ CARE SUNT PRINCIPALELE AFECȚIUNI DENTARE CARE DAU REALE PROBLEME PACIENȚILOR DIAGNOSTICAȚI CU DIABET:

Cele mai frecvente probleme ale pacienților diabetici, în ceea ce privește sănătatea lor dentară, sunt: **gingivita sau parodontita, căderea dinților, aftele și senzația de gură uscată.** Aceasta din urmă presupune mai multe complicații decât pare la prima vedere. Secreția redusă de salivă duce la apariția cariilor, îngreunează procesul de vindecare a rănilor bucale și afectează gustul.

„Chiar dacă, la prima vedere, diabetul nu are legătură directă cu sănătatea bucală, cele mai multe manifestări ale sale provoacă schimbări semnificative la nivelul florei bucale, ceea ce duce la apariția unui număr mare de probleme stomatologice. Bolile gingiei sunt mai greu de tratat la pacienții care suferă de diabet. Diabetul poate îngreuna lupta organismului împotriva infecțiilor, iar diabetul necontrolat poate duce la boli parodontale. Acestea cresc nivelul glucozei din sânge și, deci, măresc doza de insulină de care are nevoie organismul pentru a funcționa la parametri normali", ne-a explicat medicul specialist Ion Melnic.

CUM SE POATE PROTEJA SĂNĂTATEA DENTARĂ CÂT MAI MULT TIMP?

Dat fiind faptul că diabetul lezează proprietățile sângelui, este important ca pacientul să facă tot posibilul pentru a evita apariția infecțiilor din organism. De aceea, sănătatea dentară este esențială. Dr. Ion Melnic ne-a dezvăluit cele 5 reguli de bază pe care le aplică atunci când tratează un pacient cu diabet. Iată care sunt acestea:

1. Menținerea unei igiene dentare ridicate

Realizată corect și constant, igiena dentară poate preveni apariția unor afecțiuni stomatologice care ar fi mai dificil de tratat la pacienții diabetici (cum ar fi parodontita sau caria), poate apăra organismul împotriva infecțiilor și poate chiar prevenii inflamarea cavității bucale care, altfel, ar putea avea un efect negativ asupra glucozei din sânge, care ar presupune chiar exacerbarea diabetului.

2. Consultația periodică realizată mai des decât în mod obișnuit

Dacă în mod normal este indicat ca pacienții să meargă la medic pentru consultația periodică o dată la 6 luni, cei care suferă de diabet ar trebui să o facă mai des, întrucât această boală poate grăbi deteriorarea sănătății dentare. Consultațiile periodice realizate frecvent facilitează identificarea problemelor dentare din timp, înainte ca acestea să se agraveze.

3. Renunțarea la fumat

Acest lucru este indicat tuturor pacienților, însă pentru cei diabetici, al căror sistem imunitar este și mai slăbit, este esențial. Tutunul face ca vasele de sânge să se îngroașe, pereții acestora să se subțieze și presiunea să se mărească. Astfel, sistemul imunitar devine și mai slăbit, organismului fiindu-i cu atât mai greu să se apere împotriva infecțiilor.

4. Hidratarea corespunzătoare a organismului

Pacienții care se confruntă cu diabetul de tip 1 acuză cel mai des deshidratarea. Am văzut mai sus că secreția scăzută de salivă afectează sănătatea dentară. De aceea, este recomandat ca pacientul să mărească aportul de apă, însă doar atât cât îi cere organismul. Nu există o cantitate de apă standard pe care e indicat să o consume cei care suferă de diabet.

5. Consumul ridicat de fructe și legume bogate în antioxidanți

Diabeticii au nevoie de un regim alimentar corespunzător. Cu toate acestea, este important ca alimentele pe care le consumă să acționeze eficient și asupra sănătății dentare. Dintre toate acestea, fructele bogate în antioxidanți au efect benefic și asupra dinților. Căpșunile, zmeura, coacăzele, murele, afinele și fructele de pădure nu doar întăresc sistemul imunitar și previn posibilele afecțiuni oculare la care sunt predispuși diabeticii, dar susțin și efortul organismului de a se proteja împotriva infecțiilor și, deci, previn apariția bolilor dentare specifice.

Așadar, chiar dacă aparent nu există nicio legătură între diabetul de tip 1 și starea de sănătate a danturii, acestea se influențează reciproc semnificativ. Dacă diabetul nu poate fi tratat complet, sănătatea dinților poate fi ținută sub control. Și, din moment ce aceasta poate face ca manifestările diabetului să fie mai ușoare, o îngrijire corespunzătoare a danturii este cu atât mai importantă.

CATARACTA
nu regresează la vârstnicii diabetici

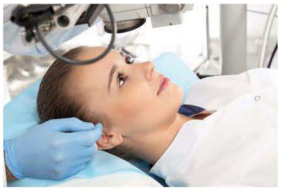
DR. ANDREEA CIUBOTARU,
Medic primar oftalmolog, doctor în științe medicale, Clinica Oftalmologică INFOSAN București

PACIENȚII CU DIABET DEZVOLTĂ CATARACTĂ MULT MAI DEVREME DECÂT CEI CARE NU SUNT DIAGNOSTICAȚI CU ACEASTĂ BOALĂ. DE ASEMENEA, PREVALENȚA CATARACTEI LA PACIENȚII DIABETICI ESTE DE 3-4 ORI MAI MARE PENTRU GRUPA DE VÂRSTĂ SUB 65 ANI ȘI DE DOUĂ ORI MAI MARE PENTRU GRUPA DE VÂRSTĂ PESTE 65 ANI FAȚĂ DE POPULAȚIA GENERALĂ. APROXIMATIV 20% DIN PACIENȚII OPERAȚI ANUAL DE CATARACTĂ SUNT DIABETICI. DIN NEFERICIRE, ASTĂZI NU EXISTĂ UN TRATAMENT EFICACE PENTRU PREVENIREA SAU STOPAREA EVOLUȚIEI CATARACTEI ȘI NICI VINDECAREA MEDICAMENTOASĂ A ACESTEIA.

În afară de retinopatia diabetică proliferativă, cea mai de temut complicație a ochiului, care nedepistată și netratată la timp poate duce la orbire, diabetul zaharat poate induce opacifierea cristalinului (a lentilei ochiului), determinând apariția cataractei la pacientul tânăr și accelerând evoluția cataractării cristalinului la cei vârstnici. Pacienții diabetici dezvoltă cataracta mai devreme și mult mai frecvent decât populația generală. Prevalența cataractei la pacienții diabetici este de 3-4 ori mai mare pentru grupa de vârstă sub 65 ani și de două ori mai mare pentru grupa de vârstă peste 65 ani față de populația generală. Aproximativ 20% dintre pacienții operați anual de cataractă sunt diabetici.

Funcția cristalinului constă în refracția luminii pentru a produce o imagine clară pe retină. Cristalinul permite trecerea a 80% dintre razele de lumină, cele cu lungimi de undă cuprinse între 400 nm și 1400 nm. Razele ultraviolete (cu lungimi de undă sub 400 nm) sunt absorbite de cristalin, protejând astfel retina. Acest proces se intensifică odată cu vârsta și duce la acumularea de pigment brun în cristalin, determinând o coloraţie specifică a lentilei ochiului la pacienții în vârstă. Metabolismul cristalinului este de tip anaerob, deoarece acesta are o structură avasculară (nu are vase de sânge). Substanțele nutritive vin din exterior, de la lichidul din interiorul ochiului, numit umoare apoasă, după traversarea capsulei cristalinului, care este semipermeabilă. Degradarea glucidelor furnizează cristalinului energia necesară funcționării sale, respectiv

FOTO: 123RF



menținerea transparenței, refracția luminii și acomodația. Deși s-au încercat de-a lungul timpului numeroase tratamente (atât picături pentru ochi, cât și administrarea de medicamente sau vitamine), până în prezent nu s-a reușit descoperirea unui tratament eficace pentru prevenirea sau stoparea evoluției cataractei și nici vindecarea medicamentoasă a acesteia.

La pacientul tânăr cu diabet insulinonecesitant, opacifierea cristalinului (cataracta) apare bilateral, datorită hiperhidratării și denaturării consecutive a proteinelor cristaliniene care precipită și formează opacități în partea anterioară și posterioară a cristalinului. Ca particularitate, aceste opacități sunt reversibile în stadiile incipiente, adică pot regresa când glicemia se normalizează.

Spre deosebire de tineri, la persoanele vârstnice diabetice, cataracta nu regresează, chiar apare mult mai precoce la cei cu diabet zaharat comparativ cu cei fără, având și o evoluție mai rapidă, determinând scăderea rapidă a acuității vizuale. Aceste cataracte se însoțesc frecvent de alte complicații oculare ale diabetului zaharat (retinopatie diabetică, risc hemoragic și infecțios crescut în timpul operației de cataractă), putând avea un prognostic sever. De asemenea, pacienții cu diabet pot dezvolta complicații postoperatorii mai frecvent decât cei fără diabet: inflamații (uveite), infecții (endoftalmite), opacifierea capsulei posterioare a cristalinului (cataracta secundară), progresia retinopatiei diabetice, hemoragii vitreene (sângerări în interiorul ochiului), exacerbarea edemului macular (acumulare de lichid la nivelul retinei). De aceea este extrem de important înaintea operației de cataractă să normalizăm glicemia și dacă există modificări ale maculei sau ale retinei (cum ar fi maculopatie diabetică sau retinopatie diabetică proliferativă), să tratăm aceste complicații, pentru că ele pot evolua mai agresiv în urma operației de cataractă dacă nu au fost tratate preoperator cu laser (retinopatia diabetică) sau cu injecții intraoculare (maculopatia diabetică).

Odată luate aceste măsuri de compensare a bolii de bază (normalizarea glicemiei) și tratarea complicațiilor retiniene și maculare ale diabetului, dacă acuitatea vizuală este nesatisfăcătoare pentru pacient și chirurgul oftalmolog consideră că aceasta se poate îmbunătăți în urma operației de cataractă, recomandăm pacientului operația. Datorită tehnicii avansate și aparaturii performante, operațiile de cataractă efectuate prin tehnica modernă (facoemulsificarea cristalinului cu ultrasunete), cu incizii sub 2 mm, asigură o vindecare foarte rapidă, ducând la îmbunătățirea acuității vizuale din prima zi după operație. Tehnica practic constă în facoemulsificarea cristalinului cataractat cu ajutorul ultrasunetelor și înlocuirea lui cu un implant (cristalin artificial) performant foldabil, care se introduce pliat în ochi. În funcție de dorințele și necesitățile profesionale ale pacientului, aceste implanturi pot fi alese atfel încât să asigure o acuitate vizuală bună la distanță și la aproape (implanturi multifocale) sau doar la distanță (implanturi monofocale), pacientul necesitând ochelari la citit. ❑

FUMATUL AR TREBUI EXCLUS!

FUMATUL ESTE UN OBICEI EXTREM DE DĂUNĂTOR PENTRU NOI TOȚI, ȘI DIN PĂCATE, DEȘI MULȚI SUNTEM CONȘTIENȚI DE EFECTELE NEGATIVE PE CARE ACEST VICIU LE PRODUCE ÎN ORGANOSMUL NOSTRU, CONTINUĂM SĂ FUMĂM. EXISTĂ ÎNSĂ TOT MAI MULTE DOVEZI ȘTIINȚIFICE CARE ARATĂ CÂT DE GRAV AFECTEAZĂ FUMATUL SĂNĂTATEA PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT. DESPRE MODUL ÎN CARE FUMATUL ACCENTUEAZĂ COMPLICAȚIILE DIABETULUI ZAHARAT NE-AU POVESTIT PROF. DR. FLORIN MIHĂLȚAN ȘI MEDICUL IOANA MUNTEANU.

TEXT **ANCA ARDELEANU**

LEGĂTURA EXISTĂ ÎNTRE FUMAT ȘI DIABET

„Sunt din ce în ce mai multe dovezi științifice care susțin implicarea fumatului în apariția diabetului zaharat tip 2. Sunt vehiculate diverse ipoteze: fumatul, prin conținutul în CO al fumului de țigară, induce hipoxemie cu creșterea rezistenței la insulină și alterarea metabolismului glicemic. De asemenea, prin substanțele toxice și cancerigene pe care la conține, fumul induce pancreatite cronice sau cancer de pancreas", ne-a explicat prof. dr. Florin Mihăltan.

Știut fiind faptul că fumatul are un rol important în agravarea complicațiilor diabetului, persoanele diagnosticate cu această afecțiune

FOTO: 123RF

DR. IOANA MUNTEANU,
medic primar pneumolog

PROF. DR. FLORIN MIHĂLȚAN,
medic primar pneumolog, doctor în științe medicale

ar trebui să renunțe imediat la acest viciu.

„Fumatul, atât activ cât și pasiv, prin substanțele toxice din fumul de țigară (CO, nicotina, hidrocarburile aromatice, radicalii liberi) este implicat în inițierea și agravarea procesului de ateroscleroză secundar leziunilor de la nivel endotelial (stres oxidativ, scăderea concentației de NO și aflux de celule inflamatorii) și deci în accentuarea tuturor complicațiilor vasculare ale diabetului", a susținut renumitul pneumolog, Florin Mihălțan.

Totodată, conform celor afirmate de domnia sa, sunt și studii care au arătat că există și o relație între fumat și retinopatia diabetică probabil tot secundară microangiopatiei induse de fumat. „Neuropatia diabetică este de două ori mai frecvent asociată diabeticului (de tip 1 sau 2) fumător comparativ cu nefumătorul. Datorită eliminării predominant renale a substanțelor toxice din fumul de țigară, la fumător se instalează mai precoce nefropatia diabetică, albuminuria fiind întâlnită din stadii precoce de boală, indiferent de tip de DZ", a spus Ioana Munteanu, medic specialist pneumolog la Institutul Național de Pneumoftiziologie „prof. dr. Marius Nasta".

ȚIGARA REDUCE CU 15% ABILITATEA ORGANISMULUI DE A UTILIZA INSULINĂ

„Nicotina și metabolitul sau cotinina (care persistă în organism până la 20 de ore), prin efectele sale la nivel cerebral asigură eliberarea de catecholamine, cu creșterea nivelului de cortisol, toate acestea fiind implicate în reducerea sensibilității și secreției de insulină", au detaliat pentru abcDiabet cei doi specialiști. Nu sunt de neglijat nici studiile care susțin că mulți ani de fumat cresc considerabil riscul de a suferi de intoleranță la glucoză, ba mai mult, acest risc crește cu 20%. În plus, sunt și studii care indică o asociere a debutului precoce a fumatului (sub vârsta de 16 ani) și a unui număr mare de țigări fumate pe zi cu un risc mai mare de apariție a DZ tip 2, dar datele variază de la o populație la alta.

FUMATUL PASIV ȘI CEL ACTIV LA FEL DE NOCIVE PENTRU PANCREAS

Medicii susțin că atât fumatul pasiv, cât și cel activ sunt nocive pentru pancreas. Ambele conțin aceleași 4000 de substanțe toxice, din care peste 60 sunt cancerigene, motiv pentru care efectele asupra pancreasului sunt similare.

În concluzie, este indicat să reținem faptul că multiplele consecințe pe care le are fumatul în cazul pacienților diagnosticați cu diabet sunt mari.

„Practic, pacientul cu diabet are toate consecințele generate de boala de bază cu o agravare indusă de tabagism, la care se adaugă bineînțeles și efectele fumatului asupra tuturor celorlalte aparate și sisteme. Acest lucru se întâmplă indiferent de tipul de diabet, iar severitatea este indusă clar de foarte mulți factori, marii fumători având un prognostic mai prost", a mai spus prof. dr. Florin Mihălțan.

ȚINE LA DISTANȚĂ AFECȚIUNILE CUTANATE

Este cunoscut faptul că diabetul zaharat poate aduce o serie de complicații cutanate, mai ales în cazul pacienților care se luptă cu această afecțiune de mult timp. Pe de altă parte, specialiștii susțin că și apariția unei afecțiuni a pielii poate fi considerată ca primul semn de alarmă care este posibil să se finalizeze cu diagnosticarea unui diabet zaharat. Din fericire, atât infecțiile fungice, cât și cele bacteriene pot fi prevenite sau tratate, dacă sunt depistate din timp.

TEXT **ANCA ARDELEANU**

Specialiștii susțin că pacienții cu diabet de tip 2 dezvoltă destul de des infecții cutanate, în timp ce în diabetul de tip 1 (insulino-dependent) apar mai ales leziuni de origine autoimună. Atenție! Este indicat să acorzi o atenție deosebită îngrijirii leziunilor pielii diabeticului, deoarece aceasta este predispusă la suprainfecții, iar tratamentul este destul de complicat de gestionat, mai ales că este unul de lungă durată, iar evoluția poate fi imprevizibilă. Datele statistice arată că infecțiile cutanate apar în 20% până la 50% din cazuri, în special în cazul diabetului de tip 2, datorită afectării microcirculației, a neuropatiei periferice și a scăderii răspunsului imun al organismului.

Totodată, medicii susțin că pacienții diagnosticați cu diabet sunt predispuși la apariția infecțiilor cutanate, în special a celor primare – cele cu stafilococi, cu streptococi –, dar și a celor secundare – cele rezultate prin infectarea unor răni deja existente pe piele.

Diabetul, dar mai ales evoluția lui poate determina și unele afecțiuni ale pielii precum:

Dermopatia diabetică
este una dintre cele mai frecvente complicații ale diabetului. Aceasta se manifestă sub forma unor pete maro deschis care apar de regulă pe gambe în urma spargerii unor vase mici de sânge, iar unii oamenii le pot confunda cu petele maro care apar din cauza vârstei înaintate, lucru total greșit. Nu trebuie să te îngrijorezi fiindcă petele nu dau dureri, cel mult pot da mâncărimi ușoare. Cu toate acestea, numai medicul își poate recomanda un tratament, însă cea mai importantă parte este îngrijirea prin protejarea de traumatisme, în acest fel evitându-se riscul suprainfectării.

Scleroderma diabeticorum
Chiar dacă este destul de rară, această afecțiune este întâlnită în cazul celor diagnosticați cu diabet zaharat tip 2. Boala se manifestă prin îngroșarea pielii și apare pe spatele gâtului, dar și în zona toracică superioară.

Specialiștii afirmă că tratamentul presupune scăderea nivelului glicemiei la valori normale. Totodată, de real ajutor îți poate fi și aplicarea unor loțiuni hidratante pe zonele afectate.

Vitiligo

Această afecțiune este conform specialiștilor asociată mult mai frecvent celor care au diabet zaharat tip 1 decât celor cu tipul 2. Boala se manifestă prin apariția unor pete acrome pe suprafața pielii. Se crede că afecțiunea apare ca urmare a distrugerii melanocitelor, adică celulele care răspund de pigmentarea naturală a tegumentelor. Atunci când vorbim despre vitiligo la un pacient cu diabet, acesta este localizat în special la nivelul abdomenului și al toracelui. Tratamentul este prescris exclusiv de medicul specialist.

Candidoza, de exemplu, poate să se instaleze dacă persoana în cauză nu respectă corect tratamentul pentru diabet. Aceasta afectează axilele, plicile submamare, perineul, cel mai mare risc fiind la persoanele supraponderale. Totodată candidoza este posibil să apară și în cavitatea bucală sau chiar la organele genitale. Medicii afirmă că succesul tratamentului cu antifungice al candidozei este influențat de menținerea controlului metabolic pe termen lung.

Veziculele diabetice

Sunt cazuri în care persoanele cu diabet zaharat erup în blistere. Acestea apar de regulă pe spatele degetelor, mâinilor, degetele de la picioare și uneori pe antebrațe. Aceste leziuni arată ca niște vezicule de arsură și de multe ori apar la persoanele care au și neuropatie diabetică. Ele sunt uneori mari, dar nu sunt dureroase și nu au pete de roșeață în jurul lor. De cele mai multe ori trec în câteva zile și fără a lăsa cicatrice. Unicul tratament este acela de a scădea nivelul de zahăr din sânge.

Cum prevenim aceste probleme tegumentare?

Majoritatea doctorilor susțin că cea mai importantă parte din prevenirea acestor neplăceri cutanate este păstrarea glicemiei în limitele normale, prin administrarea corectă a medicației. Totodată, extrem de important este să respecți regimul dietetic recomandat de medicul tău diabetolog. În plus, igiena personală trebuie făcută și respectată cu sfințenie. Nu trebuie să uiți că leziunile cutanate pe fondul unui diabet au ca trăsătură vindecarea extrem de grea, în plus, riscurile de complicații infecțioase sunt mari și nu-ți dorești să te confrunți cu acestea.

Iată care sunt cele mai semnificative infecții cutanate:

INFECȚII BACTERIENE:

- Infecții ale glandelor pleoapei
- Furuncule
- Infecții ale foliculilor de păr
- Infecții profunde ale pielii și ale țesutul de dedesubt
- Infecții din jurul unghiilor, ciuperca unghiilor, care afectează în special degetele de la picioare

INFECȚII MICOTICE:

Cea mai răspândită este candida. Această ciuperică dă erupții cutanate însoțite de mâncărimi, pete roșii, dar și vezicule mici.

Specialiștii avertizează că orice infecție care este însoțită de roșeață, puroi, dă senzația de căldură locală și este dureroasă trebuie stopată imediat, de aceea pacientul trebuie să se prezinte obligatoriu la medic.

La pacienții cu diabet de tip 1 apar frecvent venule dilatate cu sensibilitate a vârfului degetelor, eritem periunghial, ca o consecință a deteriorării vasculare periferice.

Iată ce poți să faci dacă vrei să previi apariția afecțiunilor cutanate:

➜ Hidratează-ți temeinic pielea, însă în același timp să ai mare grijă ca ea să fie mereu uscată. De asemenea, ca să ai întotdeauna tălpile uscate, inclusiv iarna, în ghete, poți utiliza pudrele pentru picioare.

➜ Pe cât posibil evită băile cu apă prea caldă. Poți folosi săpunuri hidratante, iar după baie utilizează loțiunile de corp. Atenție! Nu îți da cu loțiune pe tălpi, acestea trebuie să fie uscate mereu, pentru a preveni infecțiile cutanate.

➜ Folosește șampoane fără parfum care să nu-ți agreseze pielea capului.

➜ Încearcă să ai mare grijă de picioarele tale, uită-te mereu la tălpi, la călcâie, în acest fel poți observa imediat dacă ai bătături, leziuni sau chiar ulcerații. În cazul în care observi astfel de urme pe pielea ta, trebuie să mergi de urgență la medic.

➜ Poartă lenjerie de bumbac care permite pielii să respire.

➜ Extrem de importantă în prevenție este examinarea atentă, după baie sau duș, a întregului corp, în felul acesta poți verifica dacă ai afecțiuni cutanate. Nu uita că odată diagnosticate și tratate corect, evoluția lor este mai bună.

FOTO: 123RF

LIPSA SOMNULUI
agravează controlul glicemic

FOTO: 123RF

„JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM" A PUBLICAT UN STUDIU CARE SUSTINE CĂ BĂRBAȚII CARE DORM INSUFICIENT SAU DIN CONTRA, PREA MULT, AU UN RISC CRESCUT DE A FACE DIABET.

TEXT **ANCA ARDELEANU**

Concret, studiul a analizat durata de somn și factorii de risc pentru diabet la aproximativ 800 de subiecți. Astfel, specialiștii au măsurat somnul celor care au participat la studiu, dar și activitatea fizică a acestora, cu ajutorul unui accelerometru care înregistrează mișcarea. Totodată, riscul de a face diabet a fost calculat cu ajutorul unei brățări hiperinsulinemice. Aceasta a măsurat eficacitatea cu care organismul utilizează insulina. În acest mod, cercetătorii au afirmat că bărbații care dorm insuficient sau prea mult au o capacitate scăzută de procesare a zahărului, comparativ cu cei care au un somn compus din 7-8 ore pe noapte. Aceștia au și un nivel mai mare de zahăr în sânge față de cei care dorm 8 ore pe noapte. Cu toate acestea, studiul nu relevă același lucru și în cazul femeilor. Atenție! Se spune că lipsa somnului la femei nu duce la creșterea riscului de a face diabet.

Sunt și studii care susțin că un somn de proastă calitate poate agrava controlul glicemic, sau mai mult, poate fi un factor de risc pentru declanșarea unui nou diabet. Atunci când un om nu doarme bine, rezistența la insulină crește. Oboseala și stresul pot crește secreția de „hormoni ai stresului", cum este cortizolul. Și acesta crește nivelul de glucoză în sânge.

Specialiștii susțin că privarea de somn este considerată și un factor de risc al obezității. În același timp, obezitatea, care este un principal factor de risc al diabetului zaharat, poate de asemenea să deterioreze calitatea somnului, uneori ducând la complicații, cum este apneea în somn. Mai exact, creierul este insuficient oxigenat, persoana în cauză se trezește de multe ori pe timpul nopții, iar oboseala se acumulează. Marea majoritate a medicilor va spune că trebuie să te educi astfel încât să ai un program normal de somn.

IATĂ CE POȚI FACE:

➜ Fă-ți un program bine stabilit pentru somn. Culcă-te în fiecare seară la aceeași oră, încât să poți dormi 8 ore pe noapte.
➜ Respectă dieta pe care o ai de la medicul tău diabetolog. Evită creșterea glicemiei pe timpul nopții fiindcă îți va afecta și somnul.
➜ Renunță la tutun, alcool și limitează-te la o singură ceașcă de cafea dimineața.
➜ Ai grijă să nu faci sport înainte de a te culca, ci cu câteva ore înainte.
➜ Dacă ai probleme cu greutatea, slăbește. Excesul ponderal favorizează insomnia.
➜ Nu uita că un ecran luminos precum cel al televizorului îți poate alunga somnul.
➜ Încearcă să elimini stresul, depresia, dacă te confrunți cu ele. Acestea pot afecta mult calitatea somnului.

PRINCIPALELE COMPLICAȚII CARDIOVASCULARE

CONF. DR. VICTOR COSTACHE
medic primar chirurgie cardiovasculară, chirurgie toracică și pulmonară – Polisano

DR. EMA CIOBANU
medic chirurgie cardiovasculară

DIABETUL ZAHARAT ESTE O BOALĂ COMPLEXĂ, ÎN CARE EXISTĂ O DEREGLARE ÎN METABOLISMULUI GLUCIDELOR ÎN PRIMUL RÂND, DAR ȘI LA NIVELUL METABOLISMELOR LIPIDELOR ȘI AL PROTEINELOR. DEFICITUL PORNESTE DE LA ALTERAREA PRODUCȚIEI SAU CAPACITĂȚII DE UTILIZARE A INSULINEI. ACEASTA SE SINTETIZEAZĂ LA NIVELUL PANCREASULUI.

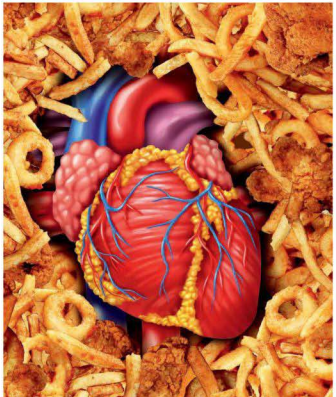
FOTO: 123RF

Cele mai frecvente două tipuri de diabet zaharat întâlnite sunt diabetul zaharat de tip 1 – în care pancreasul nu produce suficientă insulină și este specific vârstelor tinere – și diabetul zaharat tip 2, în care predomină insulinorezistența asociată cu un deficit relativ de insulină – caracteristic mai frecvent vârstei adulte și obezității.

Neconcordanța între necesarul și disponibilitatea insulinei va duce în final la glicemii crescute. Această boală poate rămâne mulți ani nediagnosticată pentru că în stadiile inițiale simptomul care duce cel mai frecvent pacientul la medic – durerea – lipsește. Pacientul poate resimți o senzație de sete exagerată și să elimine urina în cantități mari, poate observa o scădere rapidă în greutate sau poate ajunge la spital direct în comă diabetică – cu stare generală alterată, vărsături, stare confuzională, pierderea cunoștinței.

Prin dereglările pe care le produce asupra metabolismului glucidic și lipidic, diabetul zaharat este un factor de risc important pentru bolile cardiovasculare. Complicațiile cauzate de diabet pot fi ***nervoase – neuropatia diabetică vegetativă, microvasculare, cum ar fi retinopatia diabetică, nefropatia diabetică, microangiopatia, sau macrovasculare – macroangiopatia diabetică.***

Marea majoritate a comorbidităților și a deceselor diabeticilor sunt cauzate de o afecțiune aterosclerotică. Aceasta se poate manifesta la nivelul arterelor coronare – vasele inimii, prin îngustarea lor progresivă cauzată de depunerea de colesterol, și cheaguri de sânge în placa de aterom, care sunt mai precoce și mai sever afectate: ***infactul miocardic*** este mai frecvent la aceștia, cu simptome înșelătoare, cu evoluție în general mai gravă. Se poate manifesta la nivelul arterelor carotide sau la nivelul arterelor cerebrale, infundarea acestora fiind responsabilă de accidentele vasculare cerebrale ischemice. La nivelul membrelor inferioare duc la ischemie cronică sau acută, în funcție de cât de severă este obstrucția și cât de repede s-a instalat, cu dureri la nivelul picioarelor la mers sau în repaos, cu răni care nu se vindecă, în stadii avansate cu necroză/ cangrenă. La nivel renal pot produce disfuncții atât prin macroangiopatie prin ateroscleroza arterelor renale, cât și prin microangiopatie cu afectarea funcției renale.



În funcție de durata de la instalare și lipsa de rigurozitate în tratamentul antidiabetic, leziunile ateroscleroticе se pot dezvolta cu cel puțin 10 ani mai devreme decât la persoanele care nu au diabet, tind să fie mai severe și cu extensie mai mare. Frecvent asociază hipertensiune arterială și dislipidemie.

Odată leziunile ateroscleroticе constituite, tratamentul trebuie să fie complex, incluzând atât măsuri medicale, chirurgicale, cât și alimentare și modificări ale stilului de viață. Menținerea glicemiilor la valori cât mai apropiate de normal prin alimentația corectă, tratament antidiabetic cu antidiabetice orale sau/și insulină, tratamentul cu inhibitori ai enzimei de conversie pentru scăderea hipertrofiei cardiace la hipertensivi sau coronarieni, evitarea unor categorii de medicamente cum ar fi tiazidele, scăderea în greutate, alcătuirea unui program constant de activitate fizică, renunțarea la fumat și alcool sunt măsuri care pot încetini progresia bolii aterosclerotice, dar nu pot micșora leziunile existente – placa de aterom odată constituită nu se „dizolvă". Pentru acestea, atunci când sunt severe și în consecință amenințătoare de viață, singura soluție e chirurgia sau un procedeu intervențional, după caz.

Rolul sindromului metabolic în

INSUFICIENȚA CARDIACĂ

DR. IOANA POP
Spitalul de Cardiologie și Chirurgie Cardiovasculară Clinicco, Brașov

ÎN ULTIMA PERIOADĂ A FOST INTENS STUDIAT ROLUL SINDROMULUI METABOLIC CA ENTITATE ÎN PROGNOSTICUL APARIȚIEI ȘI EVOLUȚIEI INSUFICIENȚEI CARDIACE, PORNIND DE LA PREMISA CĂ ANUMITE COMPONENTE ALE ACESTUIA, ÎN SPECIAL OBEZITATEA, SE ASOCIAZĂ CU O SUPRAVIEȚUIRE MAI BUNĂ LA PACIENȚII CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ, AȘA-NUMITUL „PARADOX" AL OBEZITĂȚII. PREVALENȚA SINDROMULUI METABOLIC ȘI A INSUFICIENȚEI CARDIACE ESTE ÎN CONTINUĂ CREȘTERE ÎN POPULAȚIA GENERALĂ, FIIND ESTIMATĂ LA APROXIMATIV 34% ȘI, RESPECTIV, 1-2%.

FOTO: 123RF

Sindromul metabolic reprezintă o entitate care se definește prin asocierea celor mai importanți factori de risc cardiovascular – diabet/prediabet, obezitate abdominală, hipertensiune arterială, dislipidemie – și presupune un risc crescut de a dezvolta boală cardiovasculară, insuficiență cardiacă, dar și cu riscul de creștere a mortalității.

Prevalența sindromului metabolic și a insuficienței cardiace este în continuă creștere în populația generală, fiind estimată la aproximativ 34% și, respectiv, 1-2%. Îmbătrânirea populației, scăderea mortalității prin boală coronariană ischemică, optimizarea tratamentului au dus la o creștere importantă a prevalenței insuficienței cardiace în populația de peste 75 de ani, ceea ce presupune un număr mai mare de spitalizări și, în consecință, o creștere a cheltuielilor în sistemul de sănătate. Astfel, este foarte importantă identificarea precoce și tratamentul agresiv al factorilor de risc modificabili pentru a preveni evoluția spre insuficiență cardiacă.

În ultima perioadă a fost intens studiat rolul sindromului metabolic ca entitate în prognosticul apariției și evoluției insuficienței cardiace, pornind de la premisa că, anumite componente ale acestuia, în special obezitatea, se asociază cu o supraviețuire mai bună la pacienții cu insuficiență cardiacă, așa-numitul „paradox" al obezității.

În ceea ce privește **diabetul zaharat (DZ)** și **rezistența crescută la insulină (RI),** studiile au evidențiat faptul că există o relație de cauzalitate directă între acestea și apariția insuficienței cardiace, precum și faptul că, pacienții cu insuficiență cardiacă ce asociază diabet zaharat sau rezistență crescută la insulină prezintă forme mai severe de disfuncție sistolică ventriculară stângă, cu o rată mai mare a mortalității, comparativ cu cei ce au insuficiență cardiacă și nu asociază DZ și IR.

Obezitatea se asociază cu o dublare a riscului de apariție a insuficienței cardiace, prin diferite mecanisme biochimice, structurale și funcționale. De asemenea, pacienții cu obezitate moderat-severă asociază și o creștere a volemiei centrale și a debitului cardiac din cauza excesului de țesut adipos. Obezitatea afectează semnificativ în special funcția diastolică ventriculară stângă, cu prezervarea sau cu o afectare ușoară a funcției sistolice ventriculare.

Hipertensiunea arterială poate duce la apariția insuficienței cardiace. Se consideră că, la aproximativ 6-10% din pacienții cu insuficiență cardiacă, etiologia este hipertensiunea arterială. Pattern-ul este cu hipertrofia concentrică a pereților ventriculului stâng, cu funcție sistolică prezervată, sau cu disfuncție sistolică ușoară a ventriculului stâng. Pe termen lung însă, odată stabilit diagnosticul de insuficiență cardiacă, pacienții hipertensivi au un prognostic mai bun, comparativ cu cei cu insuficiență cardiacă de alte etiologii, deoarece tolerează mai bine tratamentul specific adresat insuficienței cardiace.

Dislipidemiile incluse în definiția sindromului metabolic sunt reprezentate de **HDL-colesterol scăzut și de hipertrigliceridemie.** Studiile au arătat faptul că aceștia sunt factori de risc independenți de apariție a insuficienței cardiace.

Practic, atunci când sunt luați în considerare separat toți factorii de risc mai sus menționați, aceștia reprezintă factori de prognostic independenți de apariție a insuficienței cardiace, dar există în ultima perioadă câteva studii care au arătat faptul că pacienții cu insuficiență cardiacă obezi sau supraponderali au o rată de supraviețuire mai bună comparativ cu pacienții cu insuficiență cardiacă normoponderali sau subponderali, denumind acest fapt drept „paradox"al obezității.

Astfel, luând în considerare ultima definiție a sindromului metabolic, în care prezența obezității este obligatorie pentru diagosticul de sindrom metabolic, studiile au arătat faptul că, pacienții cu insuficiență cardiacă și sindrom metabolic, dar fără DZ, au o rată de supraviețuire pe termen lung mai bună, comparativ cu cei cu DZ, chiar și fără sindrom metabolic, care au un prognostic mai prost.

Sindromul metabolic are o prevalență crescută la pacienții cu insuficiență cardiacă, dar rolul prognostic al acestei entități la pacienții cu insuficiență cardiacă rămâne în continuare să fie studiat, ținând cont de faptul că două dintre componentele sale – obezitatea și hipertensiunea – se asociază cu un prognostic mai bun, în timp ce rezistența crescută la insulină și dislipidemia se asociază cu o evoluție nefavorabilă a bolii, aceste date având un impact semnificativ în strategiile terapeutice la pacienții cu insuficiență cardiacă. ❑

CITEȘTE REVISTA ioana

LUNAR, 84 PAGINI, 4.99 LEI!

WWW.REVISTAIOANA.RO

LA ORICE PUNCT
DE DIFUZARE A PRESEI!

O REVISTĂ EDITATĂ DE BurdaInternational RO

Ce este HIPERGLICEMIA?

HIPERGLICEMIA REPREZINTĂ O PROBLEMĂ PE TERMEN SCURT A PACIENTULUI CU DIABET. ACEASTA ARATĂ CĂ ÎN SÂNGE EXISTĂ O CANTITATE PREA MARE DE GLUCOZĂ. SITUAȚIA ESTE ÎNTÂLNITĂ ATUNCI CÂND ÎN ORGANISM NU ESTE SUFICIENTĂ INSULINĂ SAU CÂND ORGANISMUL NU O POATE UTILIZA ASA CUM ESTE FIRESC ȘI TREBUIE.

TEXT **ANCA ARDELEANU**

Concret, „hiper" înseamnă „excesiv de, prea", astfel hiperglicemia înseamnă o concentrație prea mare a glucozei sangvine.
Medicii diabetologi susțin că glicemia trebuie testată zilnic, minimum o dată pe zi, folosind un glucometru.

Care sunt simptomele?
- glicemia a trecut de 200 mg/dl
- gura este uscată
- buzele uscate
- apar unele dificultăți la vorbire
- sete excesivă
- creștere a volumului de urină

Sunt și cazuri în care glicemia depășește 300 mg/dl (16,7 mmol/L), când te vei lupta și cu senzația de greață sau vărsături. Prezența glucozei va fi evidentă și la un sumar de urină. Setea va fi potolită cu ajutorul unor cantități mari de apă, uneori până la 6 litri pe zi.
Atenție! Dacă glicemiile sunt mari mai multe zile la rând, nu este bine, deoarece se va ajunge la o deshidratare treptată a întregului organism. Totodată te vei lupta cu o stare de oboseală accentuată, o scădere în greutate, vedere în ceață. Medicii atenționează asupra faptului că trebuie luate măsuri urgente în caz de hiperglicemie, fiindcă se poate ajunge la apariția cetoacidozei diabetice sau a stării hiperosmolare.

Acestea sunt cele mai frecvente cauze ale hiperglicemiei:
- dacă ai diabet de tip 1, este posibil ca doza de insulină să fie prea mică;
- daci ai diabet de tip 2, probabil că organismul nu este apt să folosească doza de insulină în mod corespunzător;
- ai mâncat prea mult;
- ești stresată, deprimată, sau nervoasă, nu ai dormit cum trebuie și ești obosită;
- ești răcită sau gripată.

Cum tratezi hiperglicemia?
Cel mai important mod de a controla diabetul este acela de a urma sfaturile medicului tău diabetolog. Acesta este singurul în măsură să-ți spună de câte ori pe zi trebuie să-ți controlezi glicemia, tot el îți poate spune care este nivelul optim al glucozei din sânge și mai ales cum poți preveni instalarea hiperglicemiei.
Totodată, este indicat să nu uiți că activitatea fizică, sportul este o metodă excelentă cu ajutorul căreia poți reduce glicemia.
O altă variantă pentru scăderea glicemiei este micșorarea porțiilor de mâncare sau eliminarea anumitor alimente din regim. De aceea este foarte important să vorbești cu medicul tău și împreună să stabiliți un regim alimentar pe care să-l urmezi. În cazul în care nici sportul și nici regimul nu pot rezolva problema glicemiei crescute, este posibil ca medicul să-ți modifice dozele de medicamente sau de insulină.

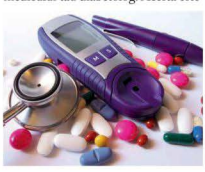


FOTO: 123RF

TRATAMENTE NATURALE

Trebuie să reținem că hiperglicemia se tratează cu doze de insulină, administrate zilnic și numai la sfatul medicului diabetolog. Cu toate acestea, sunt și remedii naturalee care vă pot ajuta:

Infuzia de urzică este un real adjuvant în prevenirea hiperglicemiei.
Sucul de castraveți te poate ajuta la reglarea indicelui glicemic dacă îl bei zilnic.
Sucul din aloe vera are un efect pozitiv în caz de hiperglicemie.
Varza murată este un remediu excelent când ai crize de hiperglicemie.

Cetoacidoză
În cazul în care nu este tratată, hiperglicemia poate duce la comă diabetică sau, cum mai este numită la cetoacidoză. Aceasta are loc atunci când organismul nu beneficiază de suficientă insulină, în acest mod nu poate fi folosită glucoza pentru producerea energiei. Astfel, organismul va utiliza grăsimile din corp pentru a produce energie, iar compușii rezultați se numesc cetone. Cum cetonele nu sunt tolerate în cantitate prea mare, organismul le va elimina prin urină, însă cum ele nu pot fi eliminate în totalitate astfel, rămân și în sânge, ceea ce duce la cetoacidoză. Atenție! Cetoacidoza necesită tratament medical de urgență. Aceasta poate fi recunoscută după stările de greață și vărsături și dificultățile de respirație.

GEMOTERAPIA, o cale naturală spre sănătate

DR. MONICA SPÎNU – medic specialist Medicină de familie – Cluj-Napoca, www.gemoterapie.ro

Sănătatea este un dar de mare preț, de o valoare inestimabilă. Din păcate, de cele mai multe ori realizăm acest lucru doar când sănătatea este compromisă. Ne naștem (marea majoritate) sănătoși. Până la o anumită vârstă, organismul funcționează bine, cu toate excesele sau lipsa de grijă de care dăm dovadă. Dar, pe măsură ce înaintăm în vârstă, menținerea sănătății necesită din partea tuturor un oarecare efort. Acest efort are mai multe direcții: cunoașterea propriului nostru corp, observarea a ce ne face bine și ce nu, în ce condiții funcționăm optim (de exemplu, ce alimente ne „îngreunează" în loc să ne energizeze, de cât somn avem nevoie, ce obiceiuri ajung să ne obosească etc.). Atunci când ne îmbolnăvim nu trebuie să așteptăm ca medicul să ne vindece, pur și simplu. Pacientul poate contribui și el, cunoscându-se pe sine, adoptând un stil de viață sănătos și, bineînțeles, prin disciplină, respectând indicațiile medicului, atât cele referitoare la utilizarea medicamentelor, cât și cele despre modificarea stilului de viață, când este nevoie.

Menținerea sănătății și redobândirea ei beneficiază în ziua de astăzi de mai multe ramuri medicale. Alopatia este medicina clasică. Pe lângă aceasta, cu rol de multe ori adjuvant, sunt multe alte tipuri de terapii, printre care se numără și gemoterapia.

Produsele gemoterapice sunt extracte naturale obținute în principal din muguri de plante și pot fi considerate o variantă extrem de eficientă a fitoterapiei pe care o cunoaștem cu toții. Este o terapie „blândă", care nu generează efecte adverse și care contribuie la vindecare datorită

substanțelor active conținute în plante. Pe lângă acțiunea terapeutică propriu-zisă (de exemplu, extractul din muguri de Dud negru contribuie la scăderea glicemiei), produsele gemoterapice asigură drenajul și detoxifierea organismului, această „curățare" sistematică și la diferite niveluri în organism fiind o condiție de bază în menținerea sănătății.

Tulburările metabolismului glucidic (toate procesele prin care trec glucidele în organism) sunt urmărite prin dozarea glicemiei. Valoarea normală a acesteia, dimineața pe nemâncate, este 70-100 mg%. Până la punerea diagnosticului de diabet, pacientul prezintă variații peste sau uneori, intermitent, sub această limită, care indică o dereglare, o dificultate a organismului de a menține aceste valori. Este momentul în care de regulă se recomandă dietă, exerciții fizice, renunțarea la obiceiuri nesănătoase (fumat, nopți nedormite etc.).

Acum este ideal să folosim și produse gemoterapice care reglează valorile glicemice, cu consultul obligatoriu al medicului specializat în gemoterapie și sub observația medicului diabetolog. Această perioadă poate dura destul de mult, dacă pacientul înțelege importanța și participă la menținerea propriei sănătăți. Când valorile glicemiei depășesc constant nivelul maxim admis se stabilește diagnosticul de diabet.

Diabetul este o boală a omului modern, „bine" alimentat, sedentar și stresat. Parte foarte importantă din tratament este învățarea sau reînvățarea unui mod de viață sănătos din toate punctele de vedere (alimentar, efort fizic, echilibru emoțional – eliminarea emoțiilor negative din viața noastră, somn, echilibrarea energetică a organismului). Fără această parte, tratamentul medicamentos, oricât de corect este, nu va asigura o stare de bine și de sănătate.

FOTO: 123RF

Din punct de vedere medical, diabetul zaharat este o boală cu evoluție cronică, cauzată de un deficit de insulină. Este caracterizată în principal prin dereglări ale metabolismului glucidelor, dar care antrenează și tulburări ale metabolismului lipidelor și proteinelor. De aceea, diabetul este o boală complexă, care poate determina apariția diverselor complicații (la nivel de creier, inimă, ochi, rinichi, extremități). De asemenea, tratamentul acestei boli trebuie să fie complex, în încercarea de a reechilibra toate tulburările generate.

Ca să înțelegem complexitatea acestei boli, putem urmări ce se întâmplă în organism prin „simpla" dereglare a metabolismului substanțelor de bază din care suntem alcătuiți: glucide (zaharuri), lipide și proteine.

Glucidele constituie substanța care asigură energia organismului. În organism, cea mai mare parte a glucidelor se află în ficat și mușchi; cantități mici se găsesc în aproape toate țesuturile organismului.

Glicemia crescută (peste 180 mg%) determină apariția glicozuriei – eliminarea de glucide prin urină. Apare poliuria – eliminarea unui volum mare de urină, apoi sete intensă – polidipsie. Are loc o pătrundere redusă a glucozei la nivelul sistemului nervos (unde este centrul sațietății) cu apariția și exagerarea senzației de foame – polifagie.

Organismul, prin natura bolii, nu poate utiliza glucoza, dar are nevoie de energie, deci va căuta altă sursă de energie, pe care o va lua din proteine și lipidele din corp. Aceasta se manifestă în timp prin scăderea masei musculare (hipotrofie musculară), un tonus muscular diminuat, adinamie, oboseală, scădere în greutate. În urma utilizării lipidelor ca sursă de energie vor crește valorile colesterolului și trigliceridelor și a substanțelor numite corpi cetonici. Acumularea acestora este periculoasă, inducând în organism o stare de acidoză cu multiple efecte negative.

Creșterea glucozei în sânge afectează și mecanismele de apărare ale organismului, scăzând rezistența la infecții (urinare, respiratorii, la nivelul pielii etc).

Leziunile de ateroscleroză (afectarea pereților vaselor de sânge) sunt mult mai frecvente la pacienții diabetici reprezentând factori de risc pentru boli coronariene, infarct miocardic, accidente vasculare cerebrale, retinopatie, nefropatie și neuropatie diabetică.

În concluzie, deși, cum se spune frecvent, „diabetul nu doare", este o boală care trebuie tratată cu cea mai mare seriozitate. Chiar dacă nu doare, boala lucrează tăcut, „săpând" în organism la toate nivelurile și creând daune uneori ireparabile. Astfel, după câțiva ani în care am neglijat fie tratamentul, fie adoptarea unui stil de viață obligatoriu necesar, fie ambele, boala poate genera „brusc" o complicație: un infarct miocardic, afectarea unei extremități (mai frecvent a piciorului) care poate duce până la amputare, o complicație renală, care poate duce la dializă etc. Iar în acel moment, calitatea vieții pacientului se înrăutățește dramatic și deseori ireversibil.

Produsele gemoterapice se pot asocia tratamentului de bază, medicamentos, sub controlul permanent al medicului diabetolog. Anumite gemoterapice ajută la menținerea valorilor glicemiei în limite normale, la drenajul toxinelor din corp, la reglarea altor parametri care frecvent sunt alterați în diabet (colesterol, trigliceride etc.) și la tratamentul adjuvant al complicațiilor.

Cel mai ușor și la îndemână de utilizat este produsul gemoterapic complex Polygemma 19-glicemie (combinație de gemoterapice din muguri de Dud negru, de Nuc și din mlădițe de Afin), care ajută la menținerea nivelului normal al glucozei în sânge. Are deci acțiune hipoglicemiantă, îmbunătățește funcționarea pancreasului, este adjuvant în complicațiile vasculare ale diabetului.

Se recomandă administrarea a 2 ml de 3 ori pe zi, diluați în puțină apă, înainte de mese, în cure de 2-3 luni, repetate la nevoie, de la primele semne de hiperglicemie.

Iată câteva exemple de produse gemoterapice ce pot fi administrate pentru reechilibrarea organismului în cazuri de hiperglicemie și diabet:

➜ Extractul din muguri de Dud negru
Morus nigra MG=D1, cu efect principal de scădere a glicemiei, stimulează sinteza proteică, reduce lipidemia totală și colesterolul.

➜ Extractul din muguri de Nuc
Juglans regia MG=D1 are de asemenea efect hipoglicemiant, este antiinfecțios, antiinflamator și cicatrizant.

➜ Extractul din muguri de Arțar
Acer campestre MG=D1 are efect hipoglicemiant, hipocolesterolemiant, protejează arterele de fenomenele de arterioscleroză, este și drenor biliar.

➜ Extractul din mlădițe de Măslin
Olea europaea MG=D1 scade colesterolul, este hipoglicemiant, drenor și stimulator hepato-pancreatic; protector vascular și coronarian; hipotensiv, diuretic, scade nivelul ureei din sânge.

➜ Extract din mlădițe de Afin Vaccinium myrtillus MG=D1 are și acțiune hipoglicemiantă, dar este recomandat mai ales ca vasoprotector la nivelul retinei.

Se pot face combinații între două sau trei produse gemoterapice, în funcție de mecanismele care trebuie reechilibrate, de exemplu: **dimineața și la prânz câte 2 ml extract din muguri de Dud negru, seara 2 ml extract din muguri de Arțar, sau dimineața 2 ml extract din muguri de Dud negru, la prânz 2 ml extract din muguri de Nuc, iar seara 2 ml extract din mlădițe de Măslin, cure de 2-3 luni.**

Tratamentul diabetului zaharat necesită o bună colaborare medic-pacient. Medicația trebuie supravegheată de medicul de specialitate, iar stilul de viață sănătos este responsabilitatea pacientului; pe lângă acestea, cu rezultate bune se pot asocia preparate naturale, cum sunt extractele gemoterapice, eficiente în menținerea unei glicemii normale, în prevenirea sau ameliorarea complicațiilor diabetului. ❑

NATIONAL GEOGRAPHIC
ROMÂNIA

FOTO: NASA

revista
NATIONAL
GEOGRAPHIC
LUNAR, la orice punct
de difuzare a presei
www.natgeo.ro

o revistă editată de
BurdaInternational RO

POVEȘTI DE SUCCES

ÎN PAGINILE URMĂTOARE VEI CUNOAȘTE OAMENI ȘI LOCURI MINUNATE. MEDICI ȘI PSIHOLOGI CARE LUPTĂ PENTRU CA DIABETUL SĂ NU FIE O POVARĂ PENTRU TINE SAU PENTRU CEI DRAGI DE LÂNGA TINE.

„Există și bucurii și normalitate când ai diabet!”

RODICA MOLNAR (FOTO), PREȘEDINTA ASOCIAȚIEI ASCOTID (ASOCIAȚIA COPIILOR ȘI TINERILOR DIABETICI DIN MUREȘ), A FOST DE ACORD, SĂ NE ÎMPĂRTĂȘEASCĂ DIN EXPERIENȚA PERSONALĂ CU DIABETUL, DAR ȘI CÂT DE GREU A FOST SĂ PUNĂ BAZELE ASOCIAȚIEI, ACUM 10 ANI.

FOTO: ARHIVA PERSONALĂ ASCOTID

Întâlnirea cu o boală despre care nu știa mai nimic i-a dat o putere de fier. Astfel, în decurs de 10 ani, nu numai că și-a ajutat fiica să ducă o viață normală, în ciuda diabetului, însă a putut să facă bine, mult bine și altor copii atinși de această afecțiune. Ușor, ușor a pus bazele asociației ASCOTID, o asociație neguvernamentală, care are ca scop sprijinirea copiilor și tinerilor cu diabet, dar și a familiilor acestora.

Diabetul nu doare, doar în surdină răpește copilăria micuților diagnosticați, le frânge visele, le rănește sufletul și este greu de acceptat de către părinți ca propriul lor copilaș să fie diagnosticat astfel. La externare vor citi pe internet și vor afla despre complicațiile cronice: orbirea, amputația membrelor inferioare, dializarea rinichilor. Toate acestea îi împing spre izolare și din acest motiv au mare nevoie de încurajare și susținere. Din păcate, toate aceste responsabilități sunt transferate familiilor care fac eforturi extrem de mari pentru a-și trata corespunzător copilul.

DRUMUL GREU DE LA DEBUT PÂNĂ LA DIAGNOSTIC

„Acum 11 ani, când fiica mea abia împlinise 12 ani, am fost supusă unor experiențe nespus de neplăcute și pe care mi-aș dori să nu le trăiască niciun părinte. În decurs de două luni fiica mea a început să slăbească, să fie foarte obosită, avea micțiuni dese, dormea mult, într-un cuvânt, se topea și nu aveam nicio explicație. Am solicitat ajutorul medicilor și, din păcate, nu am fost ajutată, nimeni nu s-a gândit să ceară determinarea glicemiei. Un gând m-a îndrumat să fac o determinare de urină (deja suspicionam o infecție urinară) care a fost decisivă: în urină era glucoză! «Ce înseamnă?» «Păi, fiica ta are diabet» a venit sec răspunsul medicului," povestește Rodica.

A primit vestea sec, fără niciun fel de menajament. Lunile care au urmat au fost un șir de momente de neimaginat, cumplite pentru sufletul unei mame. „Poate dacă ar fi existat la acel moment persoane dedicate meseriei de medic pediatru, un psiholog, un nutriționist, lucrurile ar fi stat altfel, ar fi fost mai prietenoasă apropierea de noul nostru partener de viață: diabetul!", subliniază președinta ASCOTID.

Cu durere, femeia rememorează clipele de atunci, groaza pe care a simțit-o în lunile de început, când, neajutată de cineva, a bâjbâit singură în tainele diabetului.

„A urmat cetoacidoza fetiței, cu glicemia peste 500 mg/dl, au început injecțiile cu insulină, înțepăturile pentru determinarea glicemiei și multe, multe lacrimi și multe întrebări fără răspuns: de ce copilul meu, ce am greșit, unde am greșit, ce nu am făcut bine, ce va urma, voi reuși să fac injecțiile, voi reuși să fiu mamă de copil diabetic? Pe de altă parte, ea, Ilinca, mă întreba dacă va face mereu injecții, dacă are voie la baschet, dacă și mai ales când i se va vindeca pancreasul", își amintește Rodica Molnăr.

Sunt întrebări pe care, ca părinte, ai face orice încât să nu le auzi vreodată de la copilul tău.

„Am ajuns acasă și am încercat să înțelegem și să experimentăm totul. Erau atât de multe necunoscute și puține răspunsuri. Am învățat conținutul alimentelor în carbohidrați, care sunt lenți, care rapizi, să acceptăm noul program de masă, regulile de absorbție a insulinelor, testam totul, scriam riguros în caiet glicemiile, unitățile de insulină, tot ce putea influența creșterea sau scăderea glicemiei. Aveam nevoie de un abecedar al Diabetului, dar de unde să-l iei?", spune Rodica.

Cu toată această stare de șoc care pe un adult îl epuizează fizic și psihic, Rodica a descoperit, spre surprinderea ei, cât de înțelepți pot deveni copiii într-o situație de stres. De multe ori, părinții devin depresivi, însă nu și micuții care duc povara bolii.

CENTRUL MEDICAL „CRISTIAN ȘERBAN" DE LA BUZIAȘ

Un mare noroc pentru Ilinca a fost Centrul Medical „Cristian Șerban" de la Buziaș unde a mers cu mama sa. Aici, cele două au ajuns să-și insușească „tainele" diabetului. Mai mult, au venit acasă, în Târgu Mureș, cu convingerea că viața merge înainte și că un copil cu diabet poate mânca orice, însă cu limite, că există și bucurii și normalitate chiar și atunci când ai diabet.

„NAȘTEREA" ASOCIAȚIEI ASCOTID

„Atunci am realizat că este nevoie să ajut alte familii și să le fac mai ușoară situația celor care trec prin ceva similar. Împreună cu fiica mea am identificat peste 10 familii, apoi am dat sute de telefoane și în câteva luni am întocmit un prim memoriu în care solicitam penuri de insulină, glucometre, medici specialiști care să trateze copilașii cu diabet, uniformizarea acordării gradelor de handicap (se făcea și încă se face diferențiat în țară), instruirea profesorilor despre nevoile elevilor cu diabet, solicitam cărți din care să învățăm. Atunci am creat un mare bum în sistemul medical local, dar asta ne-a ambiționat mai mult și la 20 iunie 2006 am înființat Asociația Copiilor și Tinerilor Diabetici Mureș (ASCOTID). Nu a fost foarte greu să adunăm alte câteva zeci de familii care erau foarte încântate că cineva s-a gândit să ofere consiliere și asistență, de care aveau atâta nevoie", și-a continuat Rodica povestea.

În toată lupta aceasta a avut și noroc. Nu a fost singură! Alături i-au fost medicii Ioana Crișan și Adriana Cif, care au susținut cauza în fața ministrului de atunci, Eugen Nicolăescu, pe care l-au și invitat la

o dezbatere publică unde s-a discutat despre nevoile copiilor cu diabet. La eveniment au participat medici, reprezentanții inspectoratului școlar, DSP, DGASPC, CJ, reprezentanții firmelor de insulină, glucometre și toți cei implicați în acest sistem.

PRIMA VICTORIE

„Demersul nostru nu a fost în zadar, sau, mai exact spus, după dezbatere a venit și prima decizie luată de oficiali, și anume, introducerea în circuit deschis a insulinei și acordarea unui număr sporit de teste de monitorizare a glicemiei. Din nefericire însă, după schimbarea ministrului, a fost redus numărul de teste pentru tinerii peste 18 ani, deși cu o vechime considerabilă cu diabet zaharat de tip 1", ne-a spus președinta ASCOTID.

Ușor-ușor, așa au început membrii asociației să clădească ceea ce în mod normal trebuia să existe: un centru de educație și consiliere pentru persoanele cu diabet, un loc unde să ceri ajutor, unde să primești sfaturi, să ai acces la informații, – practic, un sistem pe care statul a fost incapabil sau nu a fost interesat să-l creeze.

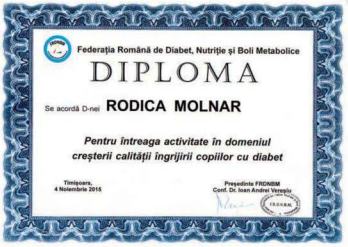
„Mi-am dorit enorm să creez un astfel de loc și uite că funcționează după 10 ani. Am vrut să ajutăm părinții care au acasă un copil diagnosticat cu diabet, să le oferim sprijin. Astfel, alături de echipa de specialiști am pus bazele unui centru unde poți beneficia gratuit de asistență socială, consiliere psihologică, educație medicală, nutrițională și acordarea de ajutor material", a declarat Rodica Molnăr.

Aceasta a punctat și un aspect nu tocmai bun, și anume, faptul că medicii prescriu tratamentul cu insulină, cantitatea de carbohidrați pe care trebuie să-i consume un copil, apoi pacientul revine peste 3 luni, însă este foarte dificil. Pacienții au multe întrebări, multe necunoscute. „Zilnic pot să apară situații de criză, hipoglicemii severe (scăderea sub limita admisă a zahărului din sânge) și nu știi cum să le gestionezi, nu ești instruit, în spitale nu există echipa pluridisciplinară despre care doar în cărți am citit sau există doar în marile centre universitare. Schimbarea stilului de viață se produce rapid", a subliniat președinta ASCOTID.

REALIZĂRI

Anual, Asociația organizează un eveniment dedicat Zilei Mondiale a Diabetului, din dorința de a conștientiza creșterea alarmantă a numărului de pacienți. De asemenea, Ziua Copilului este marcată în fiecare an prin joacă și voie bună, proiecte de genul terapiei prin artă, toate acestea cu scopul de a ușura viața copiilor diagnosticați cu diabet.

„Am înființat asociația din dorinta de a ajuta, oferind consiliere nutrițională, psihologică și educație medicală, care lipsesc în clinicile de pediatrie, cum de altfel lipsesc și medicii specialiști diabetologi pentru copii. Am creat și pagina web www.ascotid.ro, unde promovăm activitățile organizate și ne-am trezit cu solicitări din toată țara. Ne-am extins și am creat și o pagină de facebook, unde persoanele intră în contact și au posibilitatea de a promova informații utile, cu sfaturi și ajutor material oferit celor care au nevoie. De asemenea, răspundem și la apelurile telefonice și emailuri persoanelor din alte localități," a spus președinta ASCOTID.


Federația Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice

DIPLOMA

Se acordă D-nei **RODICA MOLNAR**

Pentru întreaga activitate în domeniul creșterii calității îngrijirii copiilor cu diabet

Timișoara,
4 Noiembrie 2015

Președinte FRDNBM
Conf. Dr. Ioan Andrei Vereșiu

De-a lungul celor 10 ani de existență, asociația a organizat și tabere pentru tinerii insulinodependenți, cu scopul de a-i încuraja să practice orice formă de sport și să-și depășească limitele, să accepte provocările, să își depășească temerile, să socializeze și să își recapete încrederea.

„O altă realizare este aceea că Asociația Copiilor și Tinerilor Diabetici a fost acreditată de Ministerul Muncii, Solidarității, Familiei și Vârstnicilor ca furnizor de servicii sociale, a încheiat parteneriate cu Inspectoratul Școlar, ceea ce ne-a permis să participăm la ore, în clasele cu elevi diagnosticați cu diabet, explicându-le că diabetul nu este transmisibil, cum trebuie să acționeze în cazul unei hipoglicemii a colegului, care sunt semnele de debut ale diabetului. Ulterior, în cadrul parteneriatului cu DGASPC Mureș și Spitalul Clinic Județean asigurăm consilierea psihologică la patul bolnavului, cu ajutorul psihologului Melania Cozma. Melania acordă ajutor specializat în clipa diagnosticării, practic, ea oferă consiliere părinților astfel încât familia respectivă să accepte mai ușor noua viață, cu regulile și restricțiile impuse," a mai spus Rodica Molnăr.

Un ajutor extraordinar în cei 10 ani de activitate pentru Asociație a fost Irina Muntean, medic rezident diabetolog. „S-a implicat mult în educația copiilor cu diabet și a familiilor acestora, ceea ce a crescut încrederea în asociație și scopul acesteia. Îi mulțumim fiindcă ne-a arătat o altă față a diabetului, mult mai prietenoasă: cea a tehnologiei de ultimă generație care a ajutat foarte mulți tineri și copii să accepte mai ușor tratamentul. Tehnologia de ultimă generație, ușurează viața copilului și tânărului dependent de insulină, obținând un control mai bun al glicemiilor și reducerea stărilor de hipoglicemie", a ținut să puncteze președinta ASCOTID.

Aceasta ne-a mai povestit și despre importanța aparatelor de monitorizare continuă a glicemiei. În urmă cu trei ani, a cumpărat chiar un astfel de aparat care folosește senzori de glicemie. Acesta este montat subcutanat și permite urmărirea glicemiei în timp real, cu sisteme de alarmare în cazul hipoglicemiilor și hiperglicemiilor. O altă achiziție pentru copii este aparatul de determinare a hemoglobinei glicozilate, iar în viitor ne propunem să asigurăm de cel puțin 2 ori pe an această determinare.

Statisticile spun că în România sunt înregistrați 3061 copii cu

diabet zaharat juvenil și aproximativ 4000 de tineri peste 18 ani, viața lor fiind dependentă de tratamentul cu insulină, automonitorizarea glicemiei și cunoașterea conținutului de carbohidrați din alimente. „De aceea, consider că Ministerul Sănătății ar trebui să conștientizeze că responsabilitatea nu constă doar în acordarea insulinei, ci să schimbe normele de acordare a testelor, să introducă un sistem transparent, tip voucher, pentru analizele medicale care, din păcate, de cele mai multe ori suntem nevoiți să le facem contra cost, mereu invocându-se lipsa fondurilor. Totodată, dacă aș putea schimba ceva la actuala formă de tratament, ei bine, aș deconta obligatoriu pe Programul Național de Diabet pentru copii, tineri și gravide senzorii de glicemie, pompe de insulină și Ministerul Muncii să acorde acestora indemnizație de hrană, aș pregăti medici care doresc să profeseze în domeniul copiilor cu diabet, aș angaja psihologi și nutriționiști, iar beneficiul ar fi considerabil, copilașii ar fi motivați, familiile mult mai relaxate, pacienți educați și informați, multe complicații prevenite și costurile de tratare a acestora diminuate", a mai spus președinta ASCOTID.

Toate memoriile pe care Rodica Molnăr le-a depus nu au reușit să sensibilizeze responsabilii din Minister, sau, așa cum singură recunoaște, aceștia nu au înțeles că educația pacientului este la fel de importantă ca și tratamentul cu insulină și determinările de glicemie, însă tratarea complicațiilor va fi mult mai costisitoare pentru minister și societatea are nevoie de persoane active, nu de persoane cu handicap generat de complicațiile diabetului netratat corespunzător.

„Degetele și brațele îi dor, hipoglicemia le stoarce energia, foamea de dulce este copleșitoare, hiperglicemia le șterge dorința de a fi competitivi și, cu toate acestea, ei, copiii cu diabet zaharat, încearcă să facă față provocărilor și tentațiilor zilnice. La vârste mult prea fragede, (2-10 ani) nu reușești mereu să te faci înțeles de ce nu are voie să mănânce când îi este foame, de ce are hipoglicemie când a calculat corect glucidele și a dozat bine insulina, nu ai mereu persoane disponibile să-l ajute într-o hipoglicemie severă, nu ai mereu înțelegere din partea colegilor sau a rudelor", a mărturisit Rodica.

FORUMUL PACIENȚILOR CU DIABET

În data de 9-10 septembrie, la Palatul Culturii din Târgu Mureș va avea loc forumul pacienților cu diabet, un eveniment realizat cu ocazia împlinirii a 10 ani de activitate a asociației. 10 ani în sprijinul copiilor cu diabet zaharat. Evenimentul este organizat de ASCOTID Mureș, alături de Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș și Colegiul Medicilor Mureș, sub egida Administrației Prezidențiale și Comisia de Sănătate din Camera Deputaților din România.

ASCOTID TRAIL RACE – EDIȚIA A 2-A

Ziua următoare, pe 11 septembrie, va avea loc a 2-a ediție a competiției sportive ASCOTID TRAIL RACE, care este de fapt o invitație la mișcare pentru pacienții cu diabet și nu numai.

Beneficiile taberei europene de diabet

TABĂRA EUROPEANĂ DE DIABET ESTE UN PROIECT INIȚIAT ȘI SUSȚINUT DE FEDERAȚIA INTERNAȚIONALĂ DE DIABET – REGIUNEA EUROPA (IDFE). EVENIMENTUL ARE LOC ÎN FIECARE VARĂ, ÎN DIFERITE ȚĂRI EUROPENE, MEMBRE ALE IDFE. DESPRE ACEASTĂ ACȚIUNE UTILĂ ȘI FRUMOASĂ ÎN ACELAȘI TIMP NE-A POVESTIT CRISTINA PETRUȚ DIN ROMÂNIA, CARE A PARTICIPAT LA EVENIMENT ÎN CALITATE DE MEMBRU ÎN BOARDUL DE CONDUCERE AL IDFE.

PSIHOLOG **CRISTINA PETRUȚ**

În acest an, în perioada 11-17 iulie a avut loc evenimentul desfășurat în Agros, Cipru, tabăra fiind organizată de IDFE cu sprijinul Asociației Naționale de Diabet din Cipru și a sponsorilor. La eveniment au participat tineri cu diabet din 22 de țări (Albania, Belgia, Bulgaria, Cehia, Cipru, Croația, Danemarca, Grecia, Lituania, Malta, Moldova, Olanda, Polonia, Portugalia, Serbia, Spania, Suedia, România, Rusia, Ucraina, Ungaria, Uzbekistan). Principalul obiectiv este de a aduce împreună 20-24 de participanți din tot atâtea țări, pentru a-i forma în a deveni lideri în țările lor și pentru a-i ajuta să realizeze proiecte pentru a îmbunătăți viața persoanelor cu diabet din țările lor.

Tinerii participanți au fost avizi de a învăța cum să își desfășoare activitățile în țara lor, cum să își îmbunătățească abilitățile de lideri și totodată pentru a-și împărtăși experiențele vieții cu diabet în funcție de suportul primit din țara lor.

Principalii trainneri au fost Președintele IDFE (Turcia) și membri ai bordului de conducere (Franța, Ucraina, România, Croația, Belgia), care au diferite specializări – diabetologi, ingineri, farmaciști, psihologi – cât și un reprezentant al Ministerului Sănătății din Cipru.

Tematica sesiunilor a fost despre leadership, strângere de fonduri, activitatea fizică și diabetul, comunicare și mediul social, platforme online pentru diabet, relația cu sponsori și reprezentanți ai sistemului de sănătate, discuții libere pe subiecte tabu legate de diabet.

A fost și o sesiune „inspirațională", în care Kyle Rose din Franța și-a împărtășit frumoasa sa poveste de viață – în încercarea de a crește conștientizarea cu privire la diabet, a străbătut întreaga lume promovând sportul, respectiv, – ciclismul – și o viață activă și repsonsabilă.

S-au făcut și prezentări ale fiecărui participant cu situația din țara sa în ceea ce privește diabetul și experiența sa de viață. Pe lângă aceste sesiuni constructive, participanții au avut parte și de drumeții, excursii

FOTO: ARHIVA PERSONALĂ CRISTINA PETRUȚ

și puțin timp liber, activități care le-au creat șansa de a interacționa într-un mod informal.

PROFILUL PARTICIPANTULUI

Tineri cu vârste cuprinse între 19 și 28 de ani, toți cu diabet zaharat tip 1 și extrem de implicați în activități legate de această afecțiune. Ei au specializări diferite, de la medici și educatori în diabet la ingineri și avocați, însă ce îi unește este dorința de a oferi o viață mai bună persoanelor cu diabet din țările lor.

Fiecare dintre cei prezenți în tabără are particularitățile sale și pot veni cu un aport semnificativ în diferite proiecte pentru persoanele cu diabet. Este uimitor cât sunt de dedicați cauzei lor și cât de mult efort și interes depun pentru a deveni mai buni în ceea ce fac pe cont propriu.

Este incredibil modul în care acești tineri interacționează și cât de mult contează o condiție medicală comună și o cauză împărtășită.

În prima zi a taberei, toți tinerii erau străini unii pentru ceilalți, nu se mai văzuseră niciodată, însă cu fiecare minut care trecea, ei erau mai apropiați, se împrieteneau mai mult, împărtășeau mai multe experiențe comune, ajungând în cele din urmă la finalul taberei să își facă planuri de proiecte împreună, să regrete despărțirea și să își promită că vor face în așa fel încât să se mai revadă la un moment dat al vieții lor.

În această tabără, România a fost reprezentată de o tânără din Cluj-Napoca, Iulia Iosep, care a fost propusă și susținută de Federația Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, asociație membră a IDFE. Ea este o tânără de 28 de ani care are diabet zaharat din adolescență și care în acest moment este consultant al Societății Române de Neuropatie Diabetică și al Asociației Române de Podiatrie și totodată este și psiholog clinician. Iulia a participat în tabără cu mult entuziasm, dorind să acumuleze cât mai multe experiențe care să o ajute în demararea mai multor proiecte locale și naționale, în special în domeniul complicațiilor diabetului care sunt atât de importante și din ce în ce mai frecvente în rândul persoanelor cu diabet. Tabăra i-a oferit noi perspective, o rețea socială alcătuită din persoane cu diabet din Europa, cu care împărtășește aceleași trăiri, idei și dorințe de a face ceva mai mult pentru bunăstarea persoanelor cu diabet. Tânăra s-a întors acasă cu idei noi și cu mai mult entuziasm, încredere și energie de a-și implementa proiectele astfel încât colegii ei de suferință, cei afectați de diabet să poată suporta mai ușor boala.

Conform feedback-urilor oferite de participanți la finalul taberei, aceasta a însemnat pentru ei perspective, șansa de a cunoaște persoane cu diabet din Europa și a afla care este situația tratamentului în aceste țări, dobândirea unor noi cunoștințe și abilități de a face față diverselor situații de viață, cât și în diferite situații de implementare a proiectelor lor. De asemenea, pentru participanți tabăra a însemnat și prietenie, muncă, recreere, diabet, împlinire și dorință spre mai multă implicare și dăruire în tot ceea ce înseamnă managementul diabetului lor și al celor pentru care luptă.

Aceste tabere de leadership sunt o metodă excelentă de a aduce împreună persoane cu diabet care împărtășesc aceleași obiective, temeri și dorința de a face ceva pentru semenii lor aflați în suferință

psiholog Cristina Petruț

Astfel de tabere de leadership sunt o metodă excelentă de a aduce împreună persoane cu diabet care împărtășesc aceleași obiective, temeri și dorința de a face ceva pentru semenii lor aflați în suferințe.

În continuare, IDFE plănuiește următoarea tabără de diabet care va avea loc în 2017, cu speranța că va fi una la fel de reușită și cu participanți la fel de dedicați cauzei lor.

CENTRUL MEDICAL „CRISTIAN ȘERBAN” BUZIAȘ, UN LOC CLĂDIT DIN SUFLET

TEXT **PROF. DR. VIOREL ȘERBAN**

CENTRUL MEDICAL „CRISTIAN ŞERBAN" DE EVALUARE, TERAPIE, EDUCAŢIE MEDICALĂ SPECIFICĂ ŞI RECUPERARE DIN BUZIAŞ ESTE UN SPITAL PUBLIC, DEDICAT COPIILOR ŞI TINERILOR CU DIABET ZAHARAT, CU HEMOFILIE ŞI CU ALTE BOLI CRONICE, FIIND UNICUL DE ACEST FEL DIN ROMÂNIA. CENTRUL SE AFLĂ SUB DIRECTA SUBORDONARE A MINISTERULUI SĂNĂTĂŢII. ÎN CEI 20 DE ANI DE LA ÎNFIINŢARE, CENTRUL A SCHIMBAT VIEŢILE A MII DE PACIENŢI CU DIABET TIP 1 ŞI HEMOFILIE, CARE I-AU TRECUT PRAGUL ŞI CARE ÎL VĂD ASTĂZI CA PE AL DOILEA CĂMIN. MAI EXACT, PESTE 25.000 DE INTERNĂRI AU AVUT LOC PÂNĂ ÎN PREZENT. DESPRE MISIUNEA CENTRULUI, DAR ŞI BENEFICIILE ACESTUIA NE-A POVESTIT PROF. DR. VIOREL ŞERBAN, FONDATORUL ŞI COORDONATORUL ACESTUIA.

Centrul a fost înfiinţat de Fundaţia „Cristian Şerban", întemeiată de familia de medici şi profesori universitari Viorel şi Margit Şerban, din Timişoara, în memoria fiului lor, Cristian, pentru a răspunde nevoilor unui mare număr de pacienţi, copii şi tineri din toată ţara, cu bolile menţionate, a căror asistenţă se afla (şi se află, încă) în dificultate.

Centrul, în care se pot interna copii şi adulţi tineri, are o capacitate de 50 de locuri, repartizate astfel: secţia de diabet zaharat (25 de locuri) şi trei compartimente: hematologie (5 locuri), recuperare fizică medicală (5 locuri) şi cronici copii (15 locuri).
Această instituţie funcţionează tot timpul anului, în serii cu durată de 10-14 zile, şi este încadrată cu medici specialişti de diabet, nutriţie şi boli metabolice, cu medici pediatri, nutriţionist, psiholog, educatori, kinetoterapeut, fizioterapeut şi asistenţi medicali calificaţi. Bolnavii beneficiază de servicii medicale comparabile cu cele oferite de clinici de profil din ţară, în condiţii de spitalizare foarte bune: cazare în saloane cu 2 paturi (marea majoritate), alimentaţie dietetică, ştiinţific întocmită, consistentă şi gustoasă, posibilităţi de recuperare, de activitate fizică, de recreere etc.
Trebuie precizat că acest Centru, fiind un spital public, pentru pacienţi totul este gratuit. Până în prezent, aici au fost efectuate aproape 25.000 de internări, ceea ce înseamnă 1400-1500/an.

ACTIVITĂŢI DESFĂŞURATE

1. Diagnosticul şi evaluarea, clinică şi de laborator, a pacienţilor (stabilirea tipului şi a severităţii bolii, depistarea complicaţiilor), atât la copiii şi tinerii cu diabet zaharat (tip 1 – insulinodependent –, tip 2, alte tipuri de diabet), cât şi la cei cu hemofilie şi cu celelalte afecţiuni enumerate anterior.

2. Adaptarea (ajustarea) tratamentului celor cu diabet, concret: stabilirea dozei de insulină necesară, în funcţie de unii factori, dintre care cel mai exact este valoarea glicemiei de moment.

3. Stabilirea medicaţiei specifice şi a tipului de recuperare fizică, în funcţie de starea clinică a pacientului cu hemofilie.

4. Educaţia medicală a copiilor şi tinerilor cu diabet zaharat (tip 1, tip 2 şi tipuri rare) şi a familiilor lor constă în instruirea medicală, teoretică şi practică, atât pentru pacienţi (copii şi tineri), cât şi pentru familiile lor, proces adaptat vârstei copilului, precum şi capacităţii

FOTO: ARHIVĂ PERSONALĂ PROF. DR. VIOREL SERBAN

SERVICII MEDICALE OFERITE

1. Asistență clinică pentru diabet zaharat, hemofilie și celelalte boli.

2. Explorări de laborator

a) Pentru diabet zaharat

- ➜ glicemie, de atâtea ori pe zi, de câte ori este necesară
- ➜ profil glicemic, imediat după internare și înainte de externare
- ➜ HbA1c
- ➜ depistarea oscilațiilor glicemiei, cu ajutorul senzorului glicemic profesional
- ➜ albuminurie și raport albumină/creatinină urinară
- ➜ colesterol total, HDL și LDL cholesterol, trigliceride
- ➜ altele (dacă este cazul): fructozamina, creatinina serică, măsurarea peptidului C, analize pentru depistarea intoleranței la gluten, hormonii glandei tiroide etc.

b) Pentru hemofilie

- ➜ hemogramă,
- ➜ coagulogramă
- ➜ inhibitori ai F

3. Examen oftalmologic

4. Măsurarea vitezei de conducere nervoasă senzitivă și motorie

5. Electrocardiogramă

de înțelegere și gradului de cultură ale părinților. Educația se desfășoară în grup (în 5 lecții) și în mod individual, însușirea cunoștințelor despre boală fiind o condiție obligatorie pentru a spera la obținerea unui control glicemic foarte bun, pe o durată îndelungată de timp. Temele lecțiilor sunt: generalități despre diabetul de tip 1 și tratamentul cu insulină; hipoglicemiile insulinice; alimentația; autocontrolul; situații speciale („zilele de rău"). Lecțiile practice abordează toate aceste aspecte.

6. Și în ceea ce privește hemofilia, instruirea urmărește deprinderea măsurilor ce contribuie la prevenirea hemoragiilor și la evitarea urmărilor invalidante ale acestora și este la fel de importantă. Tematica lecțiilor este următoarea: ce este hemofilia și cum se transmite ea; cum se produce sângerarea, ce este coagularea și care sunt urmările sângerării prelungite; cum se tratează hemofilia și care sunt complicațiile tratamentului ei; recuperarea în hemofilie – electroterapia, magnetoterapia, kinetoterapia, hidroterapia și masajul; importanța activității fizice în hemofilie; când este necesar să se injecteze factorul VIII sau IX; din ce se compun trusele de factor VIII și IX; cum se injectează factorul VIII sau IX.

7. Recuperarea locomotorie a handicapurilor articulare, osoase și neurologice, ce pot însoți hemofilia, diabetul și alte boli (pacienții internați anume, în compartimentele de hemofilie și de recuperare).

8. Suportul și consilierea psihologică, în vederea diminuării impactului psihic negativ al afecțiunilor asupra pacienților și familiilor acestora.

9. Crearea unei baze de cercetare științifică, orientată spre toate aspectele întâlnite în această vastă și complicată patologie.

10. Perfecționarea unor medici și asistenți, din toată țara, în vederea creșterii nivelului de asistență medicală la locul lor de activitate. În decursul anilor, au avut posibilitatea de a învăța în Centru, participând la simpozioanele organizate aici, la cursurile postuniversitare ce au loc și la stagii practice, sute de tineri medici pediatri și diabetologi, din întreaga țară.

RECUPERARE

Posibilitățile de recuperare se desfășoară la un înalt nivel fiind încadrat cu personal de specialitate și dotat cu aparatură modernă variată. Deci, pacienții beneficiază de condiții optime de tratament:

1. Kinetoterapie individuală și de grup
2. Hidroterapie în grup (piscină) și individual (vană sub presiune)
3. Electroterapie

SUPORT PSIHOLOGIC

Se desfășoară pe etape:

1. Evaluare completă a stării psihice, a mecanismelor de adaptare la boală (coping), a contextului familial și a împrejurărilor (profesionale, sociale, economice și culturale) în care se manifestă problemele psihologice. Concomitent este apreciată dezvoltarea psihologică și se urmărește diagnosticul tulburărilor psihice și ale altor condiții patologice care implică mecanisme psihologice.

2. Intervenția psihologică, adaptată nevoilor pacientului, are în vedere:
- educația pentru promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos, prevenirea îmbolnăvirilor, prin modificarea stilului de viață;
- consilierea psihologică pentru: creșterea aderenței la tratament, modificarea stilului de viață etc.
- terapia suportivă: de scurtă durată, țintită pe situație (stare depresivă, anxietate crescută, stimă de sine scăzută, lipsa încrederii în propria persoană, dificultăți de relaționare, stări de nervozitate etc).
- consilierea în situații de criză;
- optimizarea și dezvoltarea personală;
- autocunoașterea.

RECREERE

1. Jocuri, în funcție de vârstă.
2. Concursuri sportive: gimnastică, fotbal, tenis, tenis de masă, badminton, șah, baschet.
2. Pregătirea unor mici spectacole distractive și educative etc.
3. Televizor etc.

BENEFICIILE PACIENȚILOR

1. Diabet zaharat
- reducerea semnificativă a Hb A1c (medie și valoare individuală), constatată la reinternare;
- scăderea riscului de apariție a complicațiilor și încetinirea evoluției lor;
- creșterea respectului de sine, datorită unei mai bune cunoașteri a bolii;
- reducerea sentimentului de frică exagerată, față de multe aspecte ale diabetului zaharat (hipoglicemii, complicații, evoluție etc).
- schimb de experiență și legături afective de durată cu alți pacienți cu aceeași boală etc.

2. Hemofilie
- acumularea de cunoștințe, în vederea prevenirii traumatismelor generatoare de evenimente hemoragice;
- marele avantaj al recuperării fizice, corect aplicate, sub „acoperire" de factori antihemofilici;
- creșterea mobilității articulare, confirmată de scorul fizic;
- modificarea stilului de viață etc.
- schimb de experiență și comunicare cu tovarășii de suferință etc.

EFICIENȚĂ ȘI DIFICULTĂȚI

Cu toate că beneficiile pacienților și solicitarea Centrului sunt evidente, bilanțul economico-financiar al anului 2015 este negativ, și aceasta din cauza trecerii la plata prin sistemul DRG a pacienților copii, evident dezavantajoasă (având în vedere indicele de complexitate a cazurilor – ICM – mic), tariful pe caz, de asemenea insuficient, și faptul că CAS nu a răsplătit la timp nici măcar serviciile medicale efectuate, restanțele sale fiind de circa 30%. Această situație ar fi fost de-a dreptul dezastruoasă dacă Fundația „Cristian Șerban" nu ar fi acoperit deficitul cu fonduri provenite exclusiv din sponsorizări. Dar acest lucru nu mai poate continua, din cauză că nu mai sunt suficienți sponsori, nici români, nici străini.

ACCESIBILITATE

În Centrul Medical „Cristian Șerban" se pot interna pacienți din toată țara care sunt diagnosticați cu diabet zaharat, cu hemofilie dar și cu alte boli, din primele luni de viață și până la vârsta de 44 de ani.
De cele mai multe ori, reinternările sunt necesare, fiind vorba de copii, aflați într-un proces de dezvoltare continuă, fizică, psihologică și intelectuală.

Diabetul: *BURNOUT* ȘI DEPRESIE

DIABETUL ZAHARAT ESTE O BOALĂ CRONICĂ DIN CE ÎN CE MAI RĂSPÂNDITĂ, CARE SOLICITĂ MULTĂ ATENȚIE DIN PARTEA PERSOANEI DIAGNOSTICATE CU DIABET, FIIND ADESEA ASOCIATĂ CU DEPRESIA ȘI BURNOUT-UL ÎN DIABET.

PSIHOLOG **CRISTINA PETRUȚ**

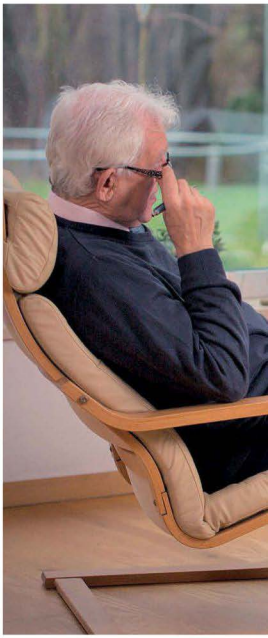


FOTO: 123RF

Adesea tindem să folosim conceptul de depresie atunci când dorim să ne exprimăm o stare de tristețe pasageră sau poate una de câteva zile. Poate ne este mai ușor să spunem că suntem depresivi în loc să spunem că suntem triști. Însă ***depresia*** este un concept mult mai amplu și este cu atât mai important atunci când vorbim de asocierea dintre depresie și o condiție medicală cronică, deoarece impactul asupra comportamentelor de management al bolii este semnificativ și cu repercusiuni uneori ireversibile asupra sănătății fizice.

De asemenea, datorită solicitărilor continue ale managementului diabetului, de-a lungul vieții cu diabet, multe persoane experimentează ceea ce se numește ***burnout***. Din nefericire, de cele mai multe ori nu știm să observăm simptomele, iar acest lucru este extrem de periculos pentru starea de bine fizică și psihică a persoanei suferinde. Pe multe site-uri dedicate persoanelor cu diabet, se găsesc informații care susțin că o persoană cu diabet poate trece uneori prin stări de burnout, însă acesta este un concept relativ nou, împrumutat din mediul ocupațional, unde cei care au un loc de muncă solicitant trec la un moment dat prin această stare de epuizare fizică și psihică.

Conceptele de depresie și burnout sunt adesea în strânsă legătură, iar relația dintre ele poate fi una în ambele sensuri, adică o condiție o poate activa pe cealaltă, indiferent de întâietatea apariției simptomelor.

Pentru început, vom detalia simptomele burnout-ului, deoarece acesta este un fenomen destul de des întâlnit în cazul persoanelor cu diabet și care poate să apară în repetate rânduri. În plus, este posibil chiar ca un episod de burnout să se continue cu un ***Episod Depresiv Major***, astfel întreținându-se simptomele pe o perioadă mai mare de timp.

Concret, burnout-ul este un concept utilizat cu precădere în mediul ocupațional, însă acesta a fost preluat și în cazul diabetului, deoarece managementul acestuia este perceput ca fiind un „loc de muncă" în care trebuie să fim implicați non-stop, fără posibilitatea de a lua o pauză și mereu există riscul complicațiilor. Datorită solicitărilor zilnice ale diabetului, în care fiecare trebuie să își măsoare glicemia de mai multe ori pe zi, să își calculeze carbohidrații pe care îi consumă, să își administreze insulina în funcție de acestea și de activitățile pe care urmează să le desfășoare, să aibă o viață activă și să anticipeze situațiile în care ar avea nevoie de mai multă insulină și mai mult control, există momente în care persoana cu diabet

ajunge la un nivel de suprasolicitare și epuizare în care și-ar dori extrem de mult să facă o pauză de la tot ce înseamnă boala sa cronică. Riscul de apariție a burnout-ului este cu atât mai crescut atunci când persoana cu diabet încearcă din răsputeri să aibă un management echilibrat, dar din diverse motive, în ciuda eforturilor depuse, glicemia este tot ridicată, complicațiile tot apar și HbA1c este tot peste valorile normale. În aceste condiții, apare frustrarea, care combinată cu suprasolicitarea, conduc la burnout.

CE ESTE BURNOUT-UL, CUM SE MANIFESTĂ ȘI CE REPERCUSIUNI ARE ASUPRA DIABETULUI?

Burnout-ul este un concept utilizat adesea în psihologie pentru a descrie suprasolicitarea persoanei la locul de muncă. În conformitate cu majoritatea autorilor care utilizează acest concept, burnout-ul a fost definit ca un sindrom tridimensional, alcătuit din epuizare emoțională, cinism (depersonalizare) și lipsa autoeficacității, acestea dezvoltându-se ca răspuns la stresul cronic ocupațional. Epuizarea face referire la sentimentul de a fi secătuit din punct de vedere emoțional și fizic, dar și o clară lipsă de energie. Cinismul se caracterizează printr-o atitudine distantă față de locul de muncă, individul fiind nemotivat și retras din activitățile sale de la serviciu. Autoeficacitatea profesională scăzută include sentimente de inadecvare și incompetență asociate cu o pierdere a încrederii în sine. Mai specific, burnout-ul este considerat un rezultat al stresului prelungit, fiind cauzat de

nepotrivirea pe termen lung între cerințele asociate cu locul de muncă și resursele angajatului.

Pentru a extrapola simptomele burnout-ului ocupațional în viața persoanei cu diabet, putem afirma că acest concept se referă la neglijarea diabetului, parțial sau total, pentru o anumită perioadă de timp. La baza conceptului de burnout este sentimentul de a face același lucru la nesfârșit, iar la persoana în cauză apare frustrarea fiindcă, în ciuda eforturilor depuse, nu se ajunge la rezultatele scontate. În fiecare zi, o persoană cu diabet trebuie să își testeze glicemia de cel puțin patru ori și să își administreze insulină în funcție de carbohidrații consumați și de activitatea fizică, să aibă o alimentație adecvată și să își includă în program activități sportive. Majoritatea acestor sarcini sunt efectuate din dorința de a obține un control glicemic bun, astfel prevenind episoadele de hipoglicemie și de hiperglicemie și complicațiile pe termen lung ale diabetului. Totuși, dacă nu sunt atinse obiectivele setate, recompensele întârzie să apară, însă, cu toate acestea, persoana cu diabet trebuie să continue în mod repetat să efectueze aceleași comportamente de automanagement. Acest lucru poate fi greu de suportat și astfel se ajunge la burnout în diabet. Sentimentul de povară a managementului poate afecta negativ controlul glicemic prin acțiunea stresului și, indirect, prin distresul psihologic cu privire la comportamentele de automanagement.

Astăzi, este din ce în ce mai des folosit acest concept de burnout, denumit uneori și ***distres***. Atenție! Acesta este definit ca un concept diferit de depresie, care se manifestă prin lipsa interesului de a a-și urma propriul tratament, prin frustrare și un management deficitar al diabetului. Această stare este justificată adesea de povara managementului diabetului, care poate fi comparată cu suprasolicitarea de la locul de muncă, diferența fiind totuși în faptul că persoana cu diabet trebuie să fie atentă la managementul diabetului 24 de ore pe zi, fără posibilitatea de a-și lua concediu sau de a demisiona. Managementul de succes al diabetului necesită atenție continuă pentru o serie de sarcini solicitante și complexe. Multe persoane cu diabet raportează frustrare în ceea ce privește povara managementului diabetului și simt o frică acută atunci când se gândesc la posibilele complicații, la valorile nepotrivite ale glicemiei sau la episoadele de hipoglicemie. Luate împreună, provocările emoționale și comportamentale au fost catalogate ca fiind „burnout în diabet," iar aceasta este un concept asociat cu control glicemic scăzut și probleme legate de automanagementul diabetului.

> *Conceptul de burnout este denumit uneori și distres*
> **psiholog Cristina Petruț**

Multor persoane cu diabet li se întâmplă să treacă prin aceste perioade în care pur și simplu nu mai doresc să își măsoare glicemia deși știu că ar trebui, gândindu-se adesea: „deja știu că glicemia mea e mare și degeaba o măsor, că oricum nu am ce face" sau „îmi fac câteva unități de insulină ca să fie în regulă, că și așa nimic nu mai funcționează la mine" sau „am încercat atât de mult să am grijă de glicemiile mele și degeaba, astfel încât ce rost mai are să încerc, să aplic restricții și să fiu atent la glicemii și la ce mănânc, că oricum nimic nu are niciun efect, astfel că ce va fi va fi și asta este".

În acest caz, este foarte important să știm să identificăm faptul că atunci când avem astfel de stări sau de gânduri, este posibil să trecem printr-un episod de burnout și să cerem ajutorul medicului nostru diabetolog sau al unui psiholog. A lăsa să treacă săptămâni întregi fără a lua măsuri cu privire la aceste stări ne poate duce, fără să ne dăm seama, la un risc crescut de complicații și totodată la o stare fizică nefavorabilă, care ne va împiedica în cele din urmă să ne îndeplinim sarcinile de zi cu zi. De asemenea, în setarea țintelor terapeutice (valorile normale ale glicemiei, cantitatea de HC consumată în fiecare zi, activitatea fizică) trebuie să ținem cont de posibilitățile noastre, de etapele vieții prin care trecem și de valoarea HbA1c de la care pornim atunci când dorim să facem îmbunătățiri ale stilului de viață. Nu trebuie să uităm nici de recompensele pe care ni le oferim singuri atunci când ne atingem țintele terapeutice, deoarece acestea sunt cele care ne vor întări comportamentul de management eficient al diabetului.

La fel de important este să evităm și sentimentul de vinovăție pentru gândurile noastre și pentru starea de suprasolicitare, acestea fiind aspecte normale care apar în viața persoanelor cu diabet. Însă nu trebuie să uităm de motivația noastră pentru a avea un management eficient, care poate să fie diferită în funcție de vârstă. Diabeticul își va aduce aminte zilnic că e necesar să prevină complicațiile, că tinde la o viață normală, la întemeierea unei familii etc.

Dacă vorbim despre un copil care are diabet, burnout-ul este posibil să apară la părinți, fiindcă ei se confruntă cu toate aceste comportamente de management al diabetului și se suprapun și cu celelalte responsabilități parentale. În cazul lor, simptomele sunt aceleași, însă sunt trăite mult mai intens, iar sentimentul de vinovăție se materializează prin gânduri de genul: „Cum pot să mă gândesc că am obosit, când este vorba de copilul meu?" sau „Aș vrea să nu mai trebuiască să fac toate

acestea, pentru că, pur și simplu, nu mai pot", „Ce fel de mamă/tată sunt eu dacă îmi este greu să mai fac toate aceste lucruri pentru copilul meu?". În primul rând, este important să normalizăm aceste reacții și să ne dăm seama că majoritatea părinților cu diabet trec prin aceleași momente și stări, iar apoi este important să cerem ajutorul, să vorbim cu cineva despre grijile și frământările noastre.

Aceste stări de burnout, netratate corespunzător o dată sau de mai multe ori, pot duce cu ușurință la starea de depresie, care potențează totul în rău și care în final vor împieta și mai tare asupra managementului eficient al diabetului.

Putem afirma că depresia este unul din cele mai frecvente concepte utilizate atunci când se discută de o asociere între psihologie și diabet. Mai concret, episoadele de stări depresive, cu tristețe în cea mai mare parte a timpului, sunt legate de diminuarea interesului sau a plăcerii, modificări ale somnului, ale apetitului, oboseală, dificultăți de concentrare, sentimente de inutilitate sau vinovăție, ideație suicidară sau comportament suicidar, care durează cel puțin două săptămâni. Odată ce trec două săptămâni de la apariția acestor simptome, putem vorbi de un Episod Depresiv Major (EDM).

Studiile susțin că depresia apare de două ori mai frecvent în cazul persoanelor cu diabet decât în cazul populației generale. De asemenea, se arată că riscul apariției depresiei, este mult mai crescut în cazul femeilor decât al bărbaților. Motivele declanșării depresiei pot să fie multiple și diferite, în funcție de particularitățile fiecărei persoane. Mai specific, persoanele cu diabet pot să prezinte un episod depresiv datorită predispoziției spre o gândire irațională (independentă de condiția medicală), pot trece printr-un eveniment negativ major în viața lor (pierderea cuiva drag, despărțirea de prieten/soț, eșec etc.), dar riscul apariției depresiei în cazul lor este mai crescut deoarece simptomele depresive pot apărea încă de la diagnosticul diabetului și pe urmă pe tot parcursul evoluției bolii, din diverse motive asociate sau nu diabetului. Datele statistice arată că 3 din 10 persoane diagnosticate cu diabet prezintă simptome depresive și 1 din 10 persoane îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru Episod Depresiv Major (EDM). Persoanele care au diabet și depresie au o calitate a vieții semnificativ redusă, iar aderența la tratament și activitățile de autocontrol sunt mult mai deficitare în rândul acestora decât în rândul persoanelor cu diabet care nu suferă de depresie.

Persoanele cu diabet care au depresie tind să prezinte un dezechilibru glicemic evidențiat în hemoglobina glicozilată HbA1c. Ei își măsoară mai rar glicemia, nu-și administrează toate dozele de insulină, fac mai puțină activitate fizică, au momente când nu sunt atenți la alimentație și astfel vor experimenta mai multe episoade severe de hiperglicemie sau hipoglicemie. Toate aceste comportamente pot duce adesea la apariția complicațiilor în funcție de durata simptomelor depresive. De asemenea, EDM își face simțită prezența în toate aspectele vieții, nu doar în managementul diabetului, iar acest lucru are un impact semnificativ asupra calității vieții pacientului în cauză.

EDM este o condiție foarte importantă și des întâlnită, care are nevoie de o atenție aparte, promptă și majoră. Este foarte important de menționat că atunci când o persoană trece printr-un Episod Depresiv, adesea nu dorește ajutorul sau nu reușește să își pună singură un diagnostic, motiv pentru care, în cazul depresiei, de multe ori aparținătorii sunt cei care trebuie să insiste pentru a lua măsurile potrivite.

Depresia este o tulburare care necesită de fiecare dată ajutorul unui psiholog, în special atunci când este asociată și cu o boală cronică cu cerințe clare de implicare permanentă în vederea menținerii unui echilibru.

Este indicat să reținem că diabetul are un management solicitant și de aceea persoanele cu diabet prezintă riscul de a trece prin episoade de burnout și/sau de depresie. Din acest motiv, esențial este ca cel în cauză să solicite ajutorul specialistului care îl va ghida și-l va ajuta să treacă peste aceste perioade fără reperscusiuni severe și ireversibile ale stării de sănătate.

MII DE LUCRURI UTILE

menshealth.ro

LUNAR, LA ORICE PUNCT DE DIFUZARE A PRESEI!

O revistă editată de

BurdaInternational

Așa vei înțelege
mai ușor ce spune
medicul tău.
Glosar de termeni
medicali pe
înțelesul tuturor!

DICȚIONAR de TERMENI în DIABETOLOGIE

A

Acidoză – este un termen medical care desemnează o creștere a acidității sângelui (valorile normale ale pH-ului trebuie să fie mai mici de 7,5%), și care poate duce la distrugerea ireversibilă a celulelor.

Accident vascular cerebral (AVC) – reprezintă afectarea țesutului cerebral prin apariția unei leziuni consecutive unui accident neurologic localizat, cu simptome ce durează mai mult de 24 de ore. Accidentul vascular cerebral ischemic (numit și infarct) apare când un vas de sânge este astupat de un tromb sau embol. Se mai poate produce și din cauza îngroșării peretelui intern al vaselor de sânge prin depunerea de colesterol (ateroscleroză). Există și accidentul vascular cerebral hemoragic care apare din cauza unei cantități de sânge în țesutul cerebral, apărută în urma unui puseu de tensiune arterială care forțează vasul ce irigă acel țesut și îl fisurează, a unor malformații vasculare deja existente (așa cum sunt: anevrismul, angiomul), sau a unor tulburări de coagulare, sau a unui tratament cu medicamente anticoagulante. Principalele simptome sunt: paralizia unei jumătăți de corp, tulburări de vorbire și percepție a realității, reducerea câmpului vizual, tulburări de sensibilitate, paralizia unor nervi cranieni, asimetrie facială, tulburări de personalitate, toate în funcție de teritoriul unde s-a produs accidentul vascular.

Angiopatie – termen folosit pentru orice boală a vaselor de sânge.

Antidiabetice orale – sunt medicamente folosite în tratamentul diabetului zaharat.

Automonitorizare – măsurarea glicemiei de către pacient cu ajutorul glucometrului. Măsurarea glicemiei este cea mai exactă metodă de apreciere de moment a controlului glicemic. Automonitorizarea glicemiei îți va permite să fii independentă și să te bucuri de vacanță, de plimbări, de timpul tău liber.

Artere coronariene – sunt cele care alimentează inima cu oxigen și cu substanțe nutritive. Înfundarea unei artere coronariene duce la deteriorarea celulelor musculare ale inimii, provocând infarct.

FOTO: 123RF

Liv.52

protejează ficatul, „bateria” organismului tău!

Tratamentele medicamentoase, aditivii alimentari, poluarea, stresul îți afectează ficatul și te seacă de energie!

Caparisul, cicoarea, coada-șoricelului, plante din compoziția Liv.52 tablete, au rol benefic în procesul de regenerare a celulelor hepatice, împiedică acumularea de grăsimi și îți protejează ficatul împotriva efectelor nocive ale medicamentelor, alcoolului și ale altor substanțe toxice pentru organism.

Scade glicemia cu **GlucoNature Plus!**

Produsul GlucoNature Plus este un remediu care contribuie la scăderea glicemiei în mod natural.

Principalele efecte pe care le are sunt:

- Stimulează funcționarea optimă a pancreasului
- Ajută la refacerea metabolismului rinichilor
- Reface imunitatea organismului
- Stimulează secreția de insulină
- Glicemia scade din prima zi cu 50-150 de unități
- Funcționează la ambele tipuri de diabet

Produsul este disponibil în magazine naturiste și unele farmacii.

Menține glicemia la nivel normal **cu Glykofit**

În prezent, complicațiile diabetului reprezintă principala cauză de deces în rândul persoanelor diagnosticate cu această afecțiune. Conform Federației Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, peste 800.000 de români suferă de diabet. Cu o alimentație sănătoasă, sport și cu ajutorul suplimentului alimentar Glykofit, poți ține sub control problemele create de diabet. Produsul Glykofit de la Ropharma este un supliment natural care, administrat de 3 ori pe zi înainte sau după masă, are proprietatea de a stimula secreția de insulină, reducând absorbția glucozei. Activitățile fizice practicate zilnic, adoptarea unei diete echilibrate, menținerea greutății corporale normale și evitarea tutunului pot avea efecte benefice în lupta cu diabetul. Extractul de dud alb din Glykofit stimulează secreția de insulină a pancreasului, scăzând astfel nivelul glucozei din sânge.

FOTO: PRIN AMABILITATEA DISTRIBUITORILOR

B

Boala cronică de rinichi – afectare ireversibilă a structurii sau funcției rinichiului, din diferite cauze, care poate progresa spre necesar de dializă și transplant. În ultimii ani, termenul „insuficiență renală cronică" a fost înlocuit cu boală cronică de rinichi, practic un termen mai potrivit pentru a caracteriza disfuncția cronică a rinichiului.

C

FOTO: 123RF

Chirurgie bariatrică – reprezintă un grup de proceduri chirurgicale prin care se micșorează volumul stomacului (cu sau fără asocierea unor derivații de intestine care produc malabsorbție), utilizată în tratamentul formelor severe de obezitate. În urma operațiilor bariatrice, pacientul se va bucura de ameliorarea imediată și de remisie până la vindecare a afecțiunilor asociate obezității: diabetul zaharat de tip 2, hipertensiunea arterială, dislipidemie, stenoză hepatică, apnee în somn, insuficiență hormonală ovariană. Totodată, pacientul își va recăpăta încrederea în sine, dar poate cel mai important este că va pierde până la 90% din excesul ponderal.

Cetoacidoza diabetică – apare în clipa în care organismul nu este capabil să producă insulină, hormonul care joacă un rol-cheie în utilizarea glucozei din sânge. Fără suficientă insulină, corpul nu este capabil să utilizeze glucoza și începe să descompună grăsimile, ca o sursă alternativă de energie. Acest proces duce la o acumulare de acizi toxici în sânge, numiți corpi cetonici, care datorită circulației sangvine ajung în organism și declanșează cetoacidoza diabetică. Cele mai importante simptome sunt: sete excesivă, urinare frecventă, greață, vărsături, durere abdominală, slăbiciune, oboseală, dificultăți de respirație.

Coma diabetică – este considerată o urgență medicală care pune în pericol viața bolnavului de diabet. Aceasta este cauzată de excesul de glucoză care, la rândul lui, duce la deshidratarea severă a pacientului. De cele mai multe ori se întâlnește în cazul persoanelor cu diabet de tip 2 care au valori foarte mari ale glicemiei.

D

Diabet MODY – sau „Maturity onset diabetes of the young", este practic o subcategorie a diabetului zaharat cu debut juvenil (sub 25 de ani) și are transmitere autozomal-dominantă (de exemplu, dacă un părinte suferă de diabet MODY, sunt șanse de 50% ca boala să fie transmisă copilului).

Acest tip de diabet înseamnă incapacitatea organismului de a produce suficientă insulină și este similar cu diabetul de tip 1, cu mențiunea că deficiența la insulină nu este cauzată de distrugerea celulelor pancreatice beta. Diabetul MODY afectează circa 2% din totalul persoanelor cu diabet și este cauzat de anomalii ale unor gene implicate în reglarea glucozei din sânge.

Deshidratare – Ansamblu de tulburări ca urmare a unei pierderi excesive de apă din organism, ce se manifestă prin sete intensă, uscăciune a gurii, a limbii și a pielii, diminuare a rezistenței globilor oculari la presiune, diminuare a volumului urinei, o hipotensiune arterială, cu un puls rapid. Pierderile de sare provoacă dureri de cap, crampe, tulburări de conștiență care agravează deshidratarea, iar pacientul nu poate să simtă sau, mai rău, să-și exprime senzația de sete.

Degenerescența maculară – constă dintr-o distrugere progresivă a maculei – zonă retiniană cu diametrul de câțiva milimetri care permite vederea precisă, zisă vedere centrală – și care se manifestă printr-o scădere a vederii centrale, vederea periferică rămânând însă normală. Principalii factori favorizanți sunt miopia și vârsta pacientului.

De regulă, diagnosticul se pune după efectuarea examenului fundului de ochi de către medicul specialist oftalmolog.

E

FOTO: 123RF

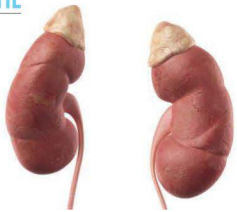
Ereditar – Transmitere a caracterelor genetice ale părinților către copiii lor. Ereditatea este însușirea organismelor vii de a da naștere la urmași asemănători sau capacitatea organismelor de a transmite la urmași anumite caractere în mod fidel.

I

Infarctul miocardic acut – sau atacul de cord – este definit ca necroza (moartea) mușchiului cardiac și apare atunci când fluxul sangvin într-un teritoriu cardiac este întrerupt prin blocarea uneia sau, mai rar, a mai multor artere coronare. Arterele coronare aduc sânge încărcat cu oxigen la nivelul inimii. Blocajul unei artere coronare se face printr-un tromb (cheag de sânge). Cea mai frecventă cauză a infarctului miocardic este ateroscleroza coronariană care presupune îngustarea vasului prin formarea plăcii de aterom, adică depuneri de colesterol, calciu. Specialiștii spun că placa de aterom este evolutivă, iar atunci când aceasta evoluează (de exemplu, se rupe), diametrul vasului se va reduce mult, ajungând la obstrucție totală, iar în final la moartea celulelor miocardice. Pacienții predispuși la boli cardiovasculare sunt cei care prezintă factori de risc cardiovascular – hipertensiune arterială, diabet zaharat, dislipidemie, obezitate, sedentarism, stres.

N

Nefropatie diabetică – afectare progresivă a rinichilor, ce apare la unii pacienți cu diabet de mult timp instalat, practic este una dintre complicațiile pe termen lung ale diabetului. Se manifestă prin eliminarea de cantități mari de proteine, urmată de un declin gradat al funcției renale, în final se ajunge însă la insuficiența renală. Nefropatia diabetică este diagnosticată cu ajutorul testelor care verifică prezența proteinelor sau a albuminei în urină, acestea fiind indicatori



ai apariției leziunii renale. Când un pacient este diagnosticat cu diabet, urina este testată pentru microalbuminurie, ceea ce permite diagnosticul timpuriu al nefropatiei. Detectarea timpurie este importantă pentru ca medicul să poată preveni afectarea progresivă a rinichiului. Pentru diagnostic sunt necesare două teste realizate într-o perioadă de 3-6 luni. Momentul în care se începe testarea pentru proteinurie se stabilește în funcție de tipul de diabet, după aceea reevaluarea se va face anual. Nefropatia diabetică este tratată cu medicație care scade tensiunea arterială și protejează rinichii. Leziunile renale pot fi reversibile sub tratament, iar acesta trebuie început după ce în urină este găsită orice cantitate de proteine.

T

Tensiune arterială – reprezintă presiunea exercitată de sânge asupra pereților arterelor.

Determinarea presiunii sângelui cuprinde două valori: sistolică și diastolică. Valoarea sistolică reprezintă primul număr al citirii tensiunii sângelui și reflectă presiunea sângelui asupra pereților arteriali din clipa în care inima a terminat de pompat. Tensiunea este normală dacă sunt înregistrate valori sub 120/80 mmHg (unde 120 este valoarea sistolică, iar 80 este valoarea diastolică). Dacă tensiunea arterială depășește aceste valori, pacientul este diagnosticat cu hipertensiune, o afecțiune care crește riscul bolilor cardiovasculare, precum infarctul sau atacul cerebral.

Tomografia computerizată – este o metodă de diagnostic imagistic ce folosește razele X pentru a realiza imagini detaliate ale structurilor corpului. În cazul tomografiei există două tipuri de proceduri – investigații native (fără administrare de substanță de contrast) și investigații cu administrare de substanță de contrast. Este indicat ca înainte de analiză să nu consumi băuturi alcoolice, carbogazoase sau cafea.

Pentru examinarea abdomenului și pelvisului este necesar să bei o substanță de contrast dizolvată în apă (îți va fi adusă de asistenta de la clinica unde vei face analiza), înaintea începerii investigației propriu-zise. Pregătirea pentru investigație se face într-o sală apropiată de computerul tomograf, înaintea examinării. Injectarea cu substanța de contrast se face cu o seringă automată, la plica cotului. Substanțele de contrast au proprietatea de a fi opace la razele X, ele fiind iodate. ❑

FOTO: 123RF

BUCURĂ-TE DE VARĂ!

REVISTA + APA MICELARĂ numai 12,99 LEI

LUNA ACEASTA CAUTĂ LA PUNCTELE DE DIFUZARE A PRESEI REVISTA ÎMPREUNĂ CU APA MICELARĂ YVES ROCHES .

www.marieclaire.ro

O revistă editată de BurdaInternational RO

Confirm!
Farmaciile DONA
se redecorează, iar
PREȚURILE
RĂMÂN
MAI MICI
decât te
aştepţi
o farmacie
cum toate ar trebui să fie
DONA